

MSF
Octubre 2014

Más vale llegar a tiempo



© Jesús Abad

Autores: Ester Gutiérrez, Paola García, Pierre Garrigou
Misión de Médicos Sin Fronteras en Colombia



Índice

3	Resumen ejecutivo
6	Metodología
8	Introducción
10	Situación médico-humanitaria en las áreas de intervención de MSF
16	Experiencia de MSF en la provisión de servicios de atención primaria en salud
16	Identificación de necesidades, establecimiento de objetivos y resultados esperados
18	Estrategias de intervención de MSF
	Punto de Atención Permanente (PAP)
	Punto de Atención Semipermanente (PASP)
	Clínicas Móviles (CM)
20	Operatividad del modelo de MSF
21	Costes del modelo PAP + PASP + CM
23	Perfil epidemiológico de las zonas rurales con presencia de MSF
27	Resultados de la intervención de MSF en Cauca-Pacífico, Nariño y Caquetá
32	Barreras en el acceso a servicios médicos especializados y consecuencias para la salud
37	Conclusiones y lecciones aprendidas
38	Lecciones aprendidas
42	Anexos
42	Mapa de puntos de atención de MSF en 2013
42	Modos de gestión de la estrategia de MSF
44	Promedio de diagnósticos en control prenatal (CPN)
46	Infogramas de atención en salud

Foto de portada: un equipo de MSF traslada a una mujer indígena de parto hasta el hospital.

Resumen ejecutivo

Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en los lugares más apartados de Colombia desde hace 29 años, y ha acumulado una amplia experiencia en la provisión de servicios de salud primaria a poblaciones remotas y afectadas por el conflicto armado.

Hoy en día, MSF concentra sus actividades en Cauca, Nariño y Caquetá, zonas que históricamente han sufrido las consecuencias de la confrontación armada y la falta de acceso a la salud. A pesar de la mejora de los principales indicadores de desarrollo económico en todo el país, la situación de pobreza y desigualdad persiste en los lugares donde MSF interviene.

Desde 2011, Médicos Sin Fronteras adaptó su modelo operacional en Colombia, pasando de realizar solo clínicas móviles trimestrales a asegurar una permanencia más estable de los equipos sanitarios en el terreno. Este cambio se debió a la necesidad de mejorar tanto la cobertura de población como los resultados médicos de la atención. Si bien el nuevo modelo trajo grandes retos, también dejó interesantes lecciones que, en el marco de la actual discusión en Colombia sobre atención primaria de salud, nos parece oportuno compartir.

Con *Más vale llegar a tiempo*, MSF no pretende promocionar su estrategia de salud, sino capitalizar la experiencia de dos años de atención primaria, y presentar una serie de conclusiones que podrían ser útiles a los responsables de las políticas públicas de salud.

Este informe comienza **describiendo la situación médico-humanitaria** de las poblaciones que asistieron a las consultas de MSF en 2012 y 2013 en las zonas del Pacífico caucano, Caquetá y Nariño. Este es el punto de partida del análisis, pues, si bien existe cierto conocimiento público de las disparidades existentes en Colombia, este es limitado debido a la poca cercanía entre la realidad de los grandes centros urbanos y la que se vive en lo que podríamos llamar *la otra Colombia*.

En los ríos de Cauca, en Nariño y en Caquetá, convergen pobreza, exclusión social y violencia, lo que deriva en una alta prevalencia de enfermedades evitables y en el desarrollo de trastornos de salud mental. **En estos tres departamentos existen** zonas rurales en las que la población no recuerda cuándo fue la última vez que vio a un médico de cabecera, donde pueden verse niños con la dentadura envejecida, y donde los supervivientes de violencia sexual no saben que tienen derecho a la atención médica y psicológica. Estas comunidades dicen sentirse olvidadas y el acceso a la salud se ve comprometido tanto por el conflicto armado como por una gestión institucional que no garantiza la prestación regular de servicios médicos en las áreas rurales.

En términos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los pacientes atendidos por MSF pertenecen en su mayoría al Régimen Subsidiado, aunque también hay un porcentaje

alto de Pacientes Vinculados¹. Estos últimos son particularmente vulnerables, y a menudo el personal de los hospitales es reticente a la hora de atenderles.

Ante este escenario, MSF expone en este informe su experiencia en la provisión de atención primaria de salud, y explica **las modalidades, la operatividad y los costes de atención** del modelo basado en los puntos permanentes y semipermanentes de atención y las clínicas móviles.



@ Jesús Abad

Viviendas de Puerto Saija, Cauca.

A continuación, el informe presenta el **perfil epidemiológico** de las zonas donde MSF ha trabajado, y recopila los **principales resultados** de nuestras actividades en salud física y mental, a partir de los indicadores de éxito fijados al comienzo de las intervenciones, y teniendo en cuenta las modalidades de atención. Se observa lo siguiente:

- En general, las patologías tratadas por los equipos de MSF se relacionan con las condiciones de vida en las zonas de intervención; son enfermedades y muertes prevenibles mediante un programa efectivo de promoción y prevención (PyP).
- Asimismo, se recibe un volumen importante de casos crónicos, como diabetes e hipertensión arterial, y de mujeres en los servicios de control prenatal y en los de planificación familiar.
- En control prenatal (CPN) se encontraron patologías como infecciones de las vías urinarias y embarazos ectópicos y postérmino. El motivo más frecuente de referencia en el marco de estos controles corresponde a embarazos de alto riesgo obstétrico.
- Se determinó que ofrecer un mayor número de días de atención no se tradujo en más embarazadas captadas en control prenatal. La captación depende de múltiples variables: factores interculturales, si era población campesina, afrocolombiana o indígena (esta última menos propensa a acudir a CPN), el grado de sensibilización de las embarazadas sobre el servicio, y la dispersión de la población con relación al punto de atención de MSF.
- De los 4.900 niños examinados en *tamizaje* en 2013, se diagnosticaron 305 niños con desnutrición aguda, la mayoría en el Pacífico caucano. La posibilidad de mejoría estuvo determinada por la adherencia al tratamiento, según el tipo de manejo, y solo puede constatarse mediante un seguimiento adecuado del paciente. La permanencia en el terreno y la mayor frecuencia de visitas a una vereda determinada mejoraron los resultados.



@ Jesús Abad

Atención pediátrica de MSF en Cauca.

1 N.del E.: El Régimen Subsidiado es un mecanismo financiado por el Estado para la provisión de servicios de salud, al que se afilia la población más pobre del país. Por su parte, los Pacientes Vinculados son personas a quienes se ha realizado la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBÉN), pero aún no han obtenido su registro como beneficiarios del Régimen Subsidiado.

- La gran mayoría de los pacientes que buscaron el servicio de salud mental han sufrido violencia directamente asociada al conflicto. Los cuadros sintomáticos y diagnósticos que más se repiten en las consultas corresponden a ansiedad y depresión.
- En 2012 y 2013 se iniciaron unos 2.640 procesos terapéuticos anuales en las clínicas rurales de MSF. Las intervenciones que combinaron los modelos de Punto de Atención Permanente (PAP) y Punto de Atención Semipermanente (PASP) consiguieron una menor tasa de abandonos en comparación con la estrategia única de PASP. En las Clínicas Móviles (CM) trimestrales se implementó el método de consulta única, al no poder asegurar el seguimiento de los pacientes.
- A pesar de las dificultades en la recepción de casos de violencia sexual, debido entre otras cosas a la falta de confianza de los supervivientes a la hora de buscar ayuda médica, fue posible aumentar de un año a otro el número de pacientes que recibieron atención integral en salud física y salud mental.

MSF también dedica un apartado a las referencias que realizan los equipos sanitarios a las estructuras de salud locales, denunciando las barreras de acceso que han sufrido los pacientes remitidos y las consecuencias que tales bloqueos han tenido en su salud.

Cuando el paciente tuvo que asumir la referencia por sus propios medios, hubo una tendencia a dilatar la búsqueda de ayuda, relacionada con la complejidad geográfica, la falta de infraestructuras y el elevado coste del transporte. Algunas de las consecuencias de la atención tardía han sido la complicación de la patología, la prolongación innecesaria del sufrimiento e incluso la muerte del paciente.

Por último, el informe incluye un resumen de las **lecciones aprendidas**, que MSF considera pueden incrementar el conocimiento del país acerca de la atención primaria de salud en zonas rurales de difícil acceso. Algunas de ellas son:

- Es factible conseguir una resolución superior al 95% de los casos que llegan a consulta.
- Las coberturas de población aumentan cuanto mayor es la permanencia del equipo médico en una zona de intervención.
- En lugares con dificultades de acceso para ofertar el servicio de atención en salud mental, una herramienta útil es la formación del personal disponible y de la comunidad en materia de primeros auxilios psicológicos.
- Cuanto mayor es la permanencia en el terreno, más sencillo resulta crear un vínculo más estrecho con la comunidad, y de esta manera reducir la desconfianza en los servicios de salud.

- Los diagnósticos de los pacientes atendidos por MSF muestran necesidades importantes en los ámbitos de promoción y prevención, concretamente en enfermedades respiratorias, desnutrición y enfermedad diarreica aguda en menores; en salud sexual y reproductiva; y en el manejo adecuado de pacientes crónicos hipertensos, epilépticos y diabéticos.
- Las acciones de trabajo social se convierten en acciones facilitadoras de acceso.

Este documento ofrece información detallada de lo que supone intervenir con asistencia médica y psicológica en contextos aislados. En nombre de todas las personas que asistieron y asisten a las consultas de MSF, les agradecemos el tiempo dedicado a leer este informe.

Metodología

Este informe se basa en un **análisis cualitativo y cuantitativo de los registros de actividades de MSF** recopilados durante 2012 y 2013; los más significativos conciernen a la documentación de los resultados de la atención, en términos de patologías atendidas y procedimientos realizados, y de las barreras² a las que se enfrentan las personas para acceder al sistema de salud en el contexto de las referencias.

Los datos proceden de los **departamentos de Cauca, Caquetá y Nariño**, abarcando ocho municipios a través de más de 30 puntos de atención ubicados en área rural.³ Si bien no permiten extraer conclusiones sobre la situación de salud en otras zonas rurales del país, capitalizan la experiencia de una estrategia de atención específica y el conocimiento sobre la situación de salud de las comunidades asistidas.

Más allá de la información sanitaria, **MSF se apoya en las voces del terreno** para reforzar el análisis de las cifras. Por una parte, el informe recoge testimonios de sus trabajadores, de lo que significa el llegar a comunidades olvidadas, de las condiciones y dificultades que sufren los pacientes para alcanzar una atención en salud adecuada y eficaz. Por otra parte, trae los testimonios de los beneficiarios, quienes son el centro de las preocupaciones de MSF: son ellos quienes dan sentido a este informe.

2 En 2010, MSF publicó el informe *977 voces: acceder a la salud es acceder a la vida*, que expone las barreras de acceso a los servicios de salud.

3 Ver Anexo 10.1, Mapa de puntos de atención de MSF en 2013.

Para proceder al análisis de datos, hemos considerado los siguientes conceptos:

- **Acceso a la salud:** una combinación de cinco supuestos que deben cumplirse simultáneamente y en suficiente medida, teniendo en cuenta la población de referencia. Son: **disponibilidad** (de servicios o programas y del centro de atención); **accesibilidad** (física, administrativa y financiera); **aceptabilidad** (de los servicios o programas, lo que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, el trato, la confidencialidad, entre otros); **contacto con el paciente** (porcentaje aceptable de población que acude a consulta, en función de la población de referencia); y **cobertura efectiva** (porcentaje de población que recibe una atención satisfactoria, en función de la población de referencia).



© Anna Surinych

Vista desde una de las lanchas de MSF que transportan pacientes y medicamentos.

- **APS, Atención Primaria de Salud:** asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un coste asequible para la comunidad y el Estado. Es el núcleo del sistema de salud y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.⁴

- **RISS, Redes Integradas de Servicios de Salud:** suponen un enfoque amplio, con una comunidad integrada en una red, orientada hacia la promoción de la salud. Se trata de un conjunto de organizaciones que brindan servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirven.⁵

4 Definición de la APS: Alma Ata (Art. VI), Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

5 Organización Panamericana de la Salud (OPS). <http://bit.ly/1w1a11R>

Introducción

En 2014, la Corte Constitucional declaró exequible la ley estatutaria que consagra la salud como un derecho fundamental. Esto trae consigo la obligación para el Estado de garantizar el disfrute efectivo de este derecho para todos los colombianos, iniciando una serie de reflexiones y tomando decisiones que lleven a mejorar la accesibilidad, la eficiencia, la calidad y la equidad de los servicios de salud que se ofrecen.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló el concepto de **Atención Primaria de Salud (APS)**, presentándolo como un conjunto de reformas que permitirían superar las desigualdades sanitarias en todos los países. En 2008, la cuestión volvió a retomarse en la OMS, con el planteamiento de una APS renovada, recordando que el descontento de las poblaciones por la incapacidad de los servicios de salud de proporcionar un nivel de cobertura nacional era cada vez mayor, y reiterando que a través de la APS tal cobertura podría conseguirse.



@ Jesús Abad

Vista aérea de los ríos en Cauca.

Colombia ha acogido esta propuesta como método para superar las evidentes desigualdades en salud que existen entre las diferentes regiones del país. En 2001, se promulga la ley de reglamentación de la estrategia, que se completa y amplía con la Ley 1.438 de 2011, y se impulsa aún más con la realización de un estudio para la sistematización de 13 experiencias adelantadas de APS en el país.⁶

A pesar de la norma y de las aproximaciones preliminares sobre la atención primaria de salud, en las zonas rurales aisladas donde MSF ha estado presente, existen todavía barreras que impiden el acceso oportuno a la salud para la población.

En esta línea, en su informe de 2010 *977 voces: acceder a la salud es acceder a la vida*, MSF muestra de manera general cinco dimensiones del acceso, a partir de entrevistas realizadas a la población:

- **Acceso y seguridad:** el conflicto armado dificulta la búsqueda de ayuda médica y la provisión de los servicios de salud en las áreas rurales. Por ejemplo, el temor a quedar atrapado en medio de combates o a pisar una mina antipersona reduce la probabilidad de que un paciente acuda al hospital más cercano. Del mismo modo, el personal de salud evita desplazarse a los lugares donde la intensidad de la confrontación es más aguda, o en ocasiones recibe amenazas por parte de los actores armados que le obligan a marcharse de las zonas rurales.
- **Acceso físico:** la lejanía, los obstáculos naturales, la falta de carreteras o vías y de medios de transporte son impedimentos al acceso a la salud.

⁶ Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública. Bogotá, enero de 2012.



@ Jessie Abad

Unos niños juegan en la ventana de su casa en Zaragoza, Cauca.

- **Acceso a la información:** la poca socialización de los derechos en salud de la población incide en que las comunidades no reclamen los beneficios que les concede la ley.

- **Acceso y discriminación:** MSF exploró la discriminación en colectivos como las mujeres, los indígenas, los afrocolombianos, los desplazados, los retornados y/o las comunidades estigmatizadas por apoyar supuestamente a una de las partes del conflicto. El informe concluye que el 33,8% de los indígenas y el 19,6% de los desplazados encuestados se sintieron discriminados en los servicios de salud.

- **Acceso económico:** la falta de recursos de la población y el cobro injustificado de servicios de salud que son gratuitos por ley obstaculizan la búsqueda de atención médica.

Sumado a esto, cualquier esfuerzo en proveer atención primaria de salud es limitado por la desarticulación existente entre **los puestos y centros de salud y los hospitales**, como demuestran el abandono de las estructuras de atención básica y las barreras que sufren los pacientes para acceder a servicios especializados.

Frente al vacío de atención para la población vulnerable, afectada por el conflicto y que no puede acceder a la salud, **MSF** ha orientado sus operaciones en Colombia hacia la **provisión de servicios integrales de salud primaria y salud mental** en las áreas mencionadas. Su acción se enmarca dentro de una lógica de **proximidad con la comunidad**, buscando menguar los efectos de las barreras en el acceso a la salud y generando facilitadores de acceso.

La estrategia de atención de MSF ofrece un único paquete de servicios, que incluye promoción y prevención, consulta médica general, dispensación directa de medicamentos, consulta psicológica, atención a sobrevivientes de violencia sexual, psicoeducación y formación de líderes de la comunidad, auxiliares, promotores de salud y parteras.

Las intervenciones de MSF han obtenido interesantes resultados, que consideramos pertinente compartir en este informe, más aún cuando, tras la aprobación de la Ley Estatutaria de Salud de 2013, se observa una tendencia a establecer modelos diferenciales de intervención que faciliten el acceso equitativo, eficaz y oportuno a los servicios de salud.

Así, teniendo en cuenta la limitada experiencia de Colombia en el tema de la atención primaria de salud y las barreras de acceso ya mencionadas, y motivados por las necesidades observadas en las poblaciones a las que asistimos, este informe presenta, sin pretensiones, el trabajo de MSF en el terreno con comunidades dispersas y aisladas. No se ofrece aquí una receta para llevar la salud a los territorios más apartados del país, pero sí se demuestra, con resultados, que hay modos de hacerlo; que **aliviar el sufrimiento, prevenir la enfermedad y salvar vidas de personas que han padecido años de victimización por el conflicto merece todos los esfuerzos. Más vale llegar a tiempo.**

Situación médico-humanitaria en las áreas de intervención de MSF

Si hay un territorio de Colombia que ejemplifique la paradoja del crecimiento y desarrollo coexistentes con altos niveles de desigualdad, ese es el Pacífico caucano. Como si se tratara de una realidad paralela a la que se vive en las grandes ciudades, en los ríos de Cauca la prosperidad es ajena al imaginario colectivo, las necesidades no se atienden y la violencia (asociada o no al conflicto) es un fenómeno latente. Todo lo anterior se plasma en un perfil epidemiológico de **alta prevalencia de enfermedades evitables y serias afectaciones en la salud mental.**⁷

El Pacífico caucano



© Jesús Abad

La barca es el transporte más utilizado en esta región del Pacífico caucano.

La población de esta región es principalmente afrocolombiana, aunque también hay comunidades indígenas. La orografía del Pacífico obstaculiza la conectividad de los servicios básicos y de salud; sumada a los efectos del conflicto, ha levantado una barrera entre los pacientes y los programas de atención a los que tienen derecho.

Para asistir al hospital de cabecera de los municipios de López o de Timbiquí, algunas personas deben hacer un trayecto de más de cuatro horas en lancha, o de entre ocho y diez si es una embarcación pequeña o sin motor. Cuando uno no dispone de medio de transporte propio, los costes del traslado incluyen el precio de la gasolina y el alquiler de la lancha, pudiendo alcanzar los 300.000 pesos. En tales condiciones, la idea de acudir al hospital es impensable para quienes tienen menos recursos. La automedicación es una alternativa frecuente a la búsqueda de atención profesional, lo que tiende a impactar negativamente en la evolución de la condición médica.

Una gran proporción de las patologías que han atendido los equipos de MSF se asocian a las precarias condiciones de agua y saneamiento. En las comunidades ribereñas de los ríos Micay, Saija y Naya, contaminados por la basura, existe la costumbre de bañarse en estas aguas. Por su parte, la falta de alcantarillado y la acumulación de aguas residuales repercuten en la proliferación de mosquitos transmisores de enfermedades. Como resultado, se observan pacientes con enfermedades de la piel, diarreas, infecciones respiratorias, y algunos de mayor gravedad que han adquirido malaria o dengue.

Otro de los dramas en el Pacífico es el de las mujeres embarazadas. Debido al aislamiento, la pobreza y el analfabetismo, y a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, cualquier embarazo debe ser considerado de alto riesgo obstétrico. Al indagar el histórico de gestaciones previas de las mujeres que llegan a consulta, los médicos de MSF se han encontrado con casos de múltiples abortos, bebés mortinatos y partos en condiciones muy inseguras.

⁷ *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia.* Informe de Médicos Sin Fronteras, junio de 2013.

En cuanto a la salud mental, la población ha sido afectada crónicamente por eventos asociados con el conflicto, principalmente desplazamientos forzados. En las cabeceras municipales, el impacto es todavía más agudo, debido a la sucesión de enfrentamientos. El acceso a la salud mental, al igual que a la salud física, es muy limitado.

En términos de afiliación a la Seguridad Social, el 45% de los pacientes que asistieron a la consulta de MSF en 2013 pertenecían al Régimen Subsidiado. Esto debería suponer visitas desde el hospital a las veredas en las que viven, adquisición de medicamentos para los pacientes crónicos y acceso regular a los servicios médicos. En la práctica, cualquiera de estas tres situaciones se produce de forma excepcional.

Por su parte, el 51% de los pacientes en 2013 eran Pacientes Vinculados, es decir, no tenían régimen de aseguramiento. Los entes municipales son los encargados de atender a la salud de la población vinculada, pero a menudo alegan escasez de recursos para asumir tal responsabilidad y adeudan elevados montos a los hospitales. La consecuencia inmediata es un desincentivo a la prestación de servicios a los Pacientes Vinculados, a quienes nadie quiere recibir.

También se han dado casos de personas que, al intentar registrarse en el sistema de salud, descubrían que su documento había sido duplicado por error, es decir que su número de identificación se había asignado también a otra persona, y automáticamente quedaban sin posibilidad de afiliarse hasta que el problema se resolviera. Estos casos son preocupantes: los pacientes tienen que trasladarse hasta la cabecera y enviar toda una serie de documentos, lo que se traduce para ellos en costes adicionales. Hay quienes desisten en el proceso y permanecen sin aseguramiento en salud.

“Yo tenía 20 años y estaba esperando mi primer hijo. Vivía en Timbiquí. Una mañana, me empezó la malquera y le dije a mi hermana. Entonces mi mamá me hizo unos baños y luego decidimos ir al hospital. (...) Cuando llegamos, nos encontramos con que el único médico que había estaba borracho y no podía ni atender, y el hospital estaba lleno de gente enferma. Entonces, el médico dio la orden de montar a todos los enfermos en la lancha del hospital y que nos llevaran a Guapi; eso queda como a una hora de Timbiquí, y teníamos que atravesar buena parte de mar, así que era muy incómodo. (...) Me acuerdo de que el enfermero que nos llevaba había sido compañero mío del colegio, y me daba pena porque me pusieron en el piso de la lancha y me cubrieron con una sábana y él me revisaba a cada rato. (...) En un momento no pude aguantar, y cuando el enfermero me fue a revisar, ya el bebé estaba saliendo, en medio del camino, y en la lancha lo tuve. (...) A mí me dio mucha pena porque todos me vieron todo, porque cuando estaba naciendo el bebé, esa sábana con la que me cubrían salió volando y quede ahí como Dios me trajo al mundo. [Al llegar a Guapi] mi hermana

tuvo que pagar una plata que le cobraron, por la atención del parto, cuando prácticamente lo tuve sola con la ayuda del enfermero. A veces pienso que habría sido mejor quedarme en Timbiquí y que me hubiera ayudado una partera”.

Testimonio de una mujer 32 años, vecina de Timbiquí.

MSF está presente en el departamento del Cauca desde 2007, inicialmente respondiendo a emergencias provocadas por desastres naturales. Posteriormente, en 2010, inició actividades de salud primaria mediante clínicas móviles, primero en el municipio de López de Micay y luego en el de Timbiquí. Viendo la necesidad de una mayor permanencia en el terreno, que permitiera a su vez aumentar la cobertura médica, se establecieron tres puntos con presencia fija, en las veredas de Noanamito, Puerto Saija y Concepción. Su ubicación estratégica en los ríos Micay, Saija y Naya les ha permitido actuar como ejes para el resto de veredas ribereñas.

Caquetá

Las comunidades rurales del Caquetá viven el conflicto a diario; soportan el peso de una historia de violencia y sufren el estigma de tener una cédula expedida en municipios asociados a la confrontación, a la *zona de distensión* y al fallido proceso de paz de finales de los años 90. Asimismo, los desplazados del Caquetá no aparecen en los titulares de los principales periódicos —el fenómeno del desplazamiento se produce con cuentagotas—, pero asombra escuchar las historias de los pacientes atendidos en las clínicas de MSF y ver cómo el desplazamiento ha afectado a unos y otros, directa o indirectamente.

Por otro lado, las comunidades rurales sufren la ausencia de una estrategia de atención en salud que reconozca la alta dispersión de la población, la existencia de barreras invisibles para buscar y recibir ayuda médica (como los toques de queda o la prohibición de desplazarse a una vereda vecina), e incluso la carencia de psicólogos que ayuden a cerrar las heridas que llevan abiertas demasiado tiempo. El abandono institucional tiene consecuencias muy palpables: basta con observar la sonrisa de un niño caqueteño, destrozada por las caries por no haber sido nunca atendido por un higienista dental o un odontólogo enviado a su municipio por el hospital local.

En los datos recogidos por MSF es posible observar patologías fácilmente evitables con un buen programa de promoción y prevención, y también enfermedades que pueden ser resueltas por un médico general en el marco de la atención primaria de salud. Al mismo tiempo, no se evidencia una alta mortalidad provocada directamente por el conflicto armado. Sin embargo, existe en la población un sufrimiento asociado a la carga emocional de la guerra, el olvido y la impotencia. De hecho, la mayoría de las víctimas de actos violentos atendidas por MSF presentaban algún tipo de respuesta sintomática.



Puesto de salud de Montañita, en Caquetá.

Para los psicólogos de MSF, no es extraño escuchar en la consulta historias en las que la tragedia es una constante, y donde la enfermedad del paciente ya es parte de su biografía más íntima. Asimismo, a menudo los pacientes hablan de eventos que les dejan marcas, de acuerdo al significado que para cada uno tiene (es decir, cómo un mismo evento imprime diferentes huellas de dolor en quienes lo sufren).

“Yo cuando salí desplazado me fui a la ciudad y allí aguanté de todo: hambre, humillación, no me daban trabajo porque uno de pronto debía algo y por eso nos echaron del campo. Mejor dicho doctora, el desplazado *lleva del tablado*⁸. Yo la verdad a veces ni duermo de tanto pensar: ¿será que uno no deja de sufrir? ¿Será que alguien no lo ayudará a uno? Al menos aquí con usted no tengo miedo de hablar, pero afuera, doctora, uno mejor no dice nada para evitar otro problemita”.

Testimonio de un hombre 46 años, vecino de Montañita.



@Emily Madines

Una psicóloga de MSF reparte folletos informativos en la sala de espera del puesto de salud de Montañita (Caquetá).

Con respecto a la situación general de salud pública en las zonas rurales, no es fácil conocer con exactitud indicadores tan importantes como la tasa de mortalidad materno-infantil. Las estadísticas del Ministerio de Salud proceden de las cifras que le reportan los hospitales, y es difícil confiar en esos datos ya que no hay suficientes agentes de salud contratados sobre una base anual, que puedan aportar información acerca de lo que ocurre fuera de las áreas urbanas. Ejemplo de ello es San Vicente del Caguán, donde, para una población de unas 26.000 personas distribuidas en 287 veredas rurales⁹ se han contratado solo nueve promotores de salud y de manera intermitente además, cuando el plan de desarrollo del hospital municipal contemplaba 35.¹⁰



@Emily Madines

Consulta psicológica en el puesto de salud de Montañita (Caquetá).

En lo que concierne al aseguramiento, en 2013 el 72% de la población asistida por MSF pertenecía al Régimen Subsidiado, con lo que sería posible identificar a la entidad promotora de salud (EPS) responsable de atenderles, y a la que de hecho el Estado podría pedir cuentas y averiguar los motivos por los cuales sus servicios no llegan a las zonas rurales. A esto se le agrega un 25% de Pacientes Vinculados, que están bajo la responsabilidad de los municipios. En otros casos, la opresión de los grupos armados sobre algunas comunidades les impide aportar información sobre su identificación y por tanto afiliarse al sistema de salud.

A causa de la desatención de la población rural en el Caquetá y las dificultades de acceso a los servicios de salud por razones geográficas y relacionadas con el conflicto, MSF inició actividades

8 N. del E.: cuando una persona sufre una acumulación de acontecimientos difíciles.

9 Proyecciones de población departamentales y municipales por área, 2005-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Disponible en www.dane.gov.co.

10 Cifras de 2014.

en 1999. Al principio, dio apoyo al puesto de salud de Solita para la implementación de clínicas móviles, y posteriormente pudo ampliar su respaldo a Curillo y Valparaíso. Rápidamente, los equipos de MSF se dedicaron a brindar salud mental a poblaciones vulnerables en asentamientos de desplazados en Florencia, hasta 2009. A partir de 2007, MSF amplió las clínicas móviles integrales de salud primaria y mental hacia el norte del departamento, trabajando en la zona rural y en las cabeceras municipales de Cartagena del Chaira, San Vicente del Caguán, Puerto Rico, Curillo, Montañita y Milán.

Nariño



Manuela Montaña es partera en uno de los puntos de atención de MSF.

En el departamento de Nariño, interactúan el conflicto, el narcotráfico y la presencia de nuevos actores armados. La población rural se encuentra en medio de estas dinámicas, tanto en la costa pacífica como en la Cordillera.

En el municipio de El Charco, los pacientes atendidos por MSF en sus clínicas de Playa Grande, Santa Catalina y San José hasta mediados de 2013 eran principalmente población desplazada. Estos mencionan la salud y la alimentación como las dos necesidades que requieren una cobertura más urgente, y explican que, antes de que Médicos Sin Fronteras llegara, tenían que “empeñar hasta los aretes” para poder pagar la visita al médico del hospital de la cabecera.

“Cuando MSF se vaya, nosotros vamos a sufrir porque, con la enfermera, la atención no es como la de MSF. A la enfermera no se le paga, en El Charco sí toca pagar. El transporte hasta El Charco cuesta 60.000 ida y regreso, 100.000 el expreso. Hay una ambulancia que, en caso de urgencias, viene y en una hora se llega a El Charco, pero hay que pagar al motorista y la gasolina. En total saldría más o menos por 300.000 pesos”.

Testimonio de un hombre 49 años, vecino de Playa Grande.

Como los servicios de la auxiliar de enfermería no son suficientes, los pacientes acuden al Charco, donde, en el momento de recoger este testimonio, se les cobraba 3.000 pesos por la consulta, a los que pueden sumarse los costes de otras consultas que puedan ser necesarias (por ejemplo del médico generalista).

Finalmente, en la Cordillera de Nariño, la población de Santa Rosa y Santa Cruz simboliza lo que ocurre en varios de los puntos de este corredor, donde colisionan distintos actores armados. El miedo es el común denominador de aquellos que han tenido que presenciar actos de “castigos ejemplarizantes”, exhibiciones de cadáveres deformados y asesinatos a quemarropa, actos que buscan imponer un control social y psicológico sobre las comunidades.

Además de la falta de acceso a la salud física y los elevados costes de transporte para familias de pocos recursos, no hay acceso a servicios de salud mental que respondan a las necesidades de las comunidades expuestas a la violencia. **Cuando son contratados psicólogos** en los hospitales de primer nivel, estos se dedican a hacer promoción y prevención en las cabeceras y **no contemplan dentro de sus programas la atención individual a las víctimas**. Más aún, existen barreras directamente asociadas al conflicto: en algunas regiones, los actores armados prohíben la entrada a los psicólogos, por desconfianza del uso que puedan darle a la información recibida de los pacientes.

En cuanto al aseguramiento, en 2013, el 56% de los pacientes atendidos por MSF estaban en Régimen Subsidiado, y un 41% eran Pacientes Vinculados. Aunque las cifras mejoraron con respecto a 2012, este 41% es todavía un número muy alto, ya que el no pertenecer a un régimen de salud disminuye considerablemente las probabilidades de conseguir atención en las estructuras públicas.

MSF inició su intervención en Nariño en marzo de 2009, realizando clínicas móviles en varias veredas de los ríos Mira y Chagüí para responder a la falta de acceso a la salud y debido a la incidencia del conflicto armado. En 2011 se añadieron el Alto Tapaje y el río Mataje. Las clínicas móviles trimestrales se transformaron en puntos de atención mensual o presencia fija, dadas el área de cobertura poblacional y la alta afluencia de pacientes.

A lo largo del periodo de intervención de MSF en Nariño, se llevó a cabo un intenso trabajo de incidencia política para que las entidades de salud locales habilitaran equipos móviles que atendieran las áreas rurales prioritarias para MSF. En 2013, MSF consiguió traspasar todas sus clínicas a las Empresas Sociales del Estado (ESE), a través de brigadas conjuntas, y el proyecto cerró al final de este año. A pesar de los acuerdos firmados, MSF observa con preocupación que los cronogramas de visitas a los puntos de atención entregados no se están cumpliendo. Es aquí cuando el testimonio recogido en Playa Grande cobra aún más fuerza: “Cuando MSF se vaya nosotros vamos a sufrir”. ¿Hasta cuándo?



@ Jesús Abad

Colocando la bandera identificativa de MSF en una de las lanchas de la organización.

Experiencia de MSF en la provisión de servicios de atención primaria de salud

Identificación de necesidades, establecimiento de objetivos y resultados esperados

Médicos Sin Fronteras ofrece en Colombia servicios médicos básicos de primer nivel y atención psicológica integrada en todas sus intervenciones de salud primaria. Es posible resaltar varios aspectos en la implementación de MSF relacionados con la atención primaria de salud:¹¹

- Facilita el acceso a la salud.
- Responde a las necesidades médicas y psicológicas de las poblaciones.
- Pone el énfasis en promoción y prevención.
- Ofrece estándares aceptables de calidad según los protocolos de la OMS y del Ministerio de Salud.¹²
- Se articula con otros niveles de atención, según la lógica de las RISS.

La prioridad de MSF en Colombia ha sido responder a la falta de acceso a la salud primaria y salud mental de la población víctima del conflicto armado, sin dejar de reconocer la existencia de un sistema público de salud. Este reconocimiento implica que **MSF no busca sustituir al Estado**, sino cubrir temporalmente la brecha existente entre el área rural y el área urbana en la oferta de servicios básicos de salud, y activar la ruta de atención a los pacientes por medio de un esquema de referencias hacia los hospitales locales y de acciones de incidencia política.

Antes de iniciar intervenciones regulares en los lugares donde MSF trabajó durante 2012 y 2013, se valoraron las necesidades en salud no cubiertas por las instituciones públicas u otras organizaciones y el grado de impacto del conflicto en la población. Para esto, se programaron brigadas puntuales cuando fue posible, y/o se estudiaron los datos oficiales reportados.

Durante las brigadas, se observaron coberturas de vacunación insuficientes que provocaban la aparición de patologías prevenibles. También se sospecha la existencia de una alta morbi-mortalidad materno-infantil, pues el 90% de las embarazadas atendidas no tenían controles prenatales previos, así como de una elevada incidencia de enfermedades de transmisión vectorial (malaria, dengue y leishmaniasis). Se encontraron también infecciones de transmisión sexual desatendidas, programas deficientes o inexistentes de detección y tratamiento de la tuberculosis y del VIH, así como problemas de salud mental relacionados con el conflicto que no recibían respuesta alguna del sistema de salud.

¹¹ *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas* (p.8). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agosto de 2005.

¹² Conservando la libertad de decidir sobre el tratamiento dispensado al paciente, según criterio médico y conforme al listado de medicamentos validado por MSF.

Con relación al análisis de los datos oficiales de salud pública, la ausencia de los servicios de los hospitales en el área rural hicieron suponer que los indicadores mostrados por los departamentos de Cauca, Nariño y Caquetá debían de ser más altos, especialmente los de mortalidad materno-infantil.

Así, la estrategia médica de MSF contempló que, en los lugares priorizados para intervención, se ofrecieran los servicios de atención médica correspondiente al primer nivel de complejidad, salud sexual y reproductiva (incluido control prenatal y planificación familiar), salud mental, control del niño sano, vacunaciones, servicio de laboratorio y, en algunos casos, odontología.



© Jesús Abad

Puesto de Atención Permanente de MSF en Noanamito, en Cauca.

La atención directa de pacientes se complementaría con las referencias a atención especializada, teniendo en cuenta la red pública de prestación de servicios en salud. A partir del momento en que un paciente obtuviera una remisión, sería acompañado por un trabajador social para gestionar su afiliación —de ser necesario—, la cita y las autorizaciones de la EPS.

Para medir el éxito de las intervenciones de MSF, se han considerado los siguientes indicadores de resultados, evaluados sobre una base cuatrimestral y anual:

- El 95% de casos que llegan a consulta son resueltos por los equipos de MSF.
- El 80% de los primeros controles prenatales se realizan en el primer trimestre del embarazo.
- El 90% de las embarazadas en la población de referencia han sido examinadas en consulta prenatal.
- El 80% de los niños con desnutrición aguda severa o moderada mejoran en tres meses.
- El 100% de los supervivientes de violencia sexual reciben atención integral.
- El 100% de los pacientes con sospecha de tuberculosis y leishmaniasis pasan examen diagnóstico.
- La tasa de abandonos de procesos clínicos terapéuticos en salud mental es inferior al 20%.
- El 95% de los pacientes remitidos de urgencias por MSF son atendidos en el centro de referencia.

En términos de cobertura, MSF se propuso alcanzar al 60% de la población de referencia en los puntos de intervención con sus programas de salud primaria, incluyendo salud mental.

Estrategias de intervención de MSF

Inicialmente se empleó la estrategia de brigadas de salud en diferentes puntos cada tres meses, capacitando a promotores de salud —cuando existía tal figura— para que hicieran seguimiento durante los tres meses de intervalo entre una brigada y otra.

Lo anterior se planteó en un período en el cual era muy difícil organizar visitas mensuales a los puntos de atención, debido principalmente al conflicto armado. Sin embargo, una evaluación posterior constató que el modelo de brigadas tenía un impacto limitado en la morbilidad aguda, el acompañamiento de los pacientes crónicos y las referencias en casos de emergencia. En consecuencia, se hizo evidente la necesidad de permanecer más tiempo en el terreno, para cumplir con los objetivos y resultados esperados. No obstante, como la presencia permanente en zonas de conflicto tampoco era posible en todos los lugares debido a las restricciones de los actores armados, en 2010 se optó por la **articulación de tres tipos de intervención**. Estos se caracterizan por unos tiempos de permanencia diferentes según las comunidades, en función de la densidad poblacional en el área geográfica de referencia:



Atención médica en Puerto Saija, Cauca.

- **Punto de Atención Permanente (PAP):** el periodo en el terreno es de tres semanas seguidas, con una permanencia mayor en una de las veredas (entre 10 y 15 días al mes). Esto permite una gestión sostenida de los programas, asegurando un mejor seguimiento de pacientes tanto en salud primaria como en salud mental, y una mejor identificación de las urgencias. El mismo equipo del PAP se desplaza dentro de estas tres semanas hacia otras veredas de la zona, atendiéndolas bajo la modalidad de Punto de Atención Semipermanente.

- **Punto de Atención Semipermanente (PASP):** realiza una visita mensual al terreno de un mínimo de tres días de permanencia. Este tipo de intervención consigue resultados médicos similares a los del PAP, asegura una cierta regularidad en la implementación de programas, y registra un volumen de pacientes diario que tiende a ser superior al del PAP (ya que la población sabe que la siguiente visita no se producirá hasta pasado un mes).

- **Clínicas Móviles (CM):** realizan una visita cada tres meses al mismo lugar. Esta modalidad se utiliza en poblaciones de baja densidad y con una muy alta dispersión, cuando no hay otra opción.

Los programas y servicios ofertados son los mismos independientemente de si se trata de un PAP, un PASP o una clínica móvil. En la clínica móvil, al ser más difícil el seguimiento de los pacientes, se toman algunas medidas extra, como entregar un kit de parto limpio a las parteras, y en salud mental se prioriza la consulta única. En los lugares que cuentan con promotor de salud o auxiliar de enfermería, MSF entrega los anticonceptivos orales para que las mujeres que siguen programas de planificación familiar puedan mantener el tratamiento en los meses en los que no hay brigadas de salud.

La siguiente tabla resume las características de cada tipo de intervención de MSF:¹³

	PAP	PASP	CM
Permanencia en el terreno	Entre 10 y 15 días al mes	Tres días al mes	Mínimo dos días cada tres meses
Promedio de meses de intervención al año	11	10	4
Promedio aproximado de pacientes que acuden diariamente a los servicios de MSF	26	57	80
Total anual de pacientes (promedio por lugar)	4.826	1.712	640
Contactos realizados antes de entrar en una nueva vereda	Juntas de Acción Comunal (JAC), Iglesia, otras ONG		
Servicios ofrecidos	Salud primaria y salud mental		
Programas ofrecidos	Consulta general. Crecimiento y desarrollo. Planificación familiar. Control prenatal. Atención posparto y neonatal. Vacunación. Laboratorio básico. Citología. Consulta psicológica. Urgencias. Atención integral a supervivientes de violencia sexual. Farmacia. Charlas de promoción y prevención. Formaciones a líderes y promotores de salud.		
Población de referencia = local + dos horas de radio	Más de 3.000 personas ¹⁴	Entre 1.000 y 3.000 personas	Menos de 1.000 personas, o cuando no pueda establecerse una atención más regular
Lugar de atención	Centro de salud	Puestos de salud	Escuela, puesto de salud, iglesia, salón comunal
Lugar de permanencia del equipo	Casa equipada	Puesto de salud	Escuela, puesto de salud, iglesia, salón comunal
Medios de alimentación del equipo de MSF	Persona fija contratada; MSF compra en el mercado	La comunidad apoya con la preparación; MSF aporta los alimentos	
Medios de comunicación	Teléfono móvil, teléfono satélite, Internet satélite	Teléfono satélite	
Medios de referencia de pacientes	Lancha o coche de MSF; lancha o ambulancia de la estructura de salud	Lancha o coche de MSF	
Condición del lugar	Presencia deseable del auxiliar de enfermería de la ESE	Presencia no indispensable del auxiliar de enfermería de la ESE	
Horas de distancia al hospital de primer nivel	Entre 1 y 2	Entre 3 y 4	5 o más
Equipos de trabajo	Un médico general. Un enfermero Un psicólogo. Un logista/lanchero/conductor. Un promotor/auxiliar de la zona PAP y PASP se atienden con el mismo equipo	Un médico general Un enfermero Un psicólogo Un logista/lanchero/conductor	
Apoyo o soporte	Base operacional	PAP	
Programación mensual	Salida de la base el martes de la primera semana del mes, y regreso el sábado de la tercera	Salida de PAP a PASP: cada semana	Salida de la base el martes y regreso el sábado

¹³ La tabla no tiene en cuenta algunos puntos de intervención en Caquetá y Nariño que sufrieron la cancelación indefinida de clínicas, el aplazamiento o la reducción de los días de atención por motivos relacionados con el conflicto, bien porque los actores armados limitaron el acceso de MSF a las comunidades, o porque, en el momento de ir a realizarse la intervención, se produjeron situaciones inseguras que ponían en riesgo la vida del personal de MSF (combates u hostigamientos cerca de los puntos de atención, colocación de minas en los caminos, etc.).

¹⁴ Es importante reconocer la dinámica de los movimientos de población para calcular la población de referencia y así decidir la ubicación del PAP.

Operatividad del modelo de MSF

Para organizar las actividades de atención primaria de salud en zonas rurales aisladas, fue necesario considerar aspectos logísticos asociados al transporte, comunicaciones, cadena de frío, energía, estructuras, aprovisionamiento y seguridad. A pesar de ser un gran reto, la experiencia de MSF demuestra que es posible controlar los factores logísticos que hacen viable el despliegue de servicios de atención primaria de salud en zonas rurales de difícil acceso.



@ Jesús Abad

Los equipos de MSF transportan todo el material en barco.



@ Jesús Abad

La principal vía de transporte en esta región del Pacífico caucano es la fluvial.

- **Transporte:** el tráfico en la zona litoral del Cauca y de Nariño es básicamente fluvial, por lo que resulta fundamental contar con lanchas y logistas capaces de manejarlas. MSF utiliza lanchas de fibra de vidrio para los trayectos que combinan mar y río, y metálicas para los accesos que son únicamente por río. Los lancheros que trabajan para MSF son personal local, conocedores de la geografía y de las comunidades, lo cual refuerza la seguridad del equipo. En el caso de Caquetá, el transporte es por carretera, algunas sin asfaltar, por lo que los vehículos deben estar adaptados a esas condiciones.

- **Comunicaciones:** en las rutas y lugares donde MSF interviene, la cobertura de telecomunicación es habitualmente débil o inexistente. Cada equipo cuenta con al menos dos medios de comunicación diferentes (radio HF, teléfono satélite y móvil), y disponen de dispositivos portátiles BGAN para generar una red de banda ancha.

- **Cadena de frío:** son los medios utilizados para garantizar la conservación de los productos termosensibles a entre 2° y 8°C (vacunas, ciertos medicamentos y test de diagnóstico), asegurando su eficacia. MSF recurre a una cadena activa (refrigeradores y congeladores) y pasiva (porta-vacunas y acumuladores de frío o *ice pack*). Para verificar la temperatura, se utilizan registradores electrónicos LogTag. En la zona rural, donde no hay electricidad o la hay solo durante unas horas al día, la cadena activa puede ser mantenida con neveras solares o de gas. Respecto a las solares, el mantenimiento es muy complejo, y necesitan una supervisión técnica mayor que las de gas. A su vez, la cadena pasiva permite conservar la temperatura durante cinco días, tras lo cual es necesario recargar los acumuladores. **Uno de los grandes retos a la hora de proporcionar atención primaria en las zonas rurales consiste en evitar rupturas en la cadena de frío.** MSF ha experimentado dificultades en diferentes ocasiones y ha tenido que interrumpir temporalmente el servicio de vacunación en algunos puntos.

- **Energía:** un generador de energía eléctrica es indispensable para la atención de urgencias por la noche; todos los equipos de MSF disponen de uno en los lugares donde pernoctan y en el puesto de salud.

- **Estructuras, agua y saneamiento:** el lugar de atención debe reunir los requisitos básicos para garantizar una atención de calidad, pero también ha de tener en cuenta **las posibilidades del contexto**. En todos los puntos de intervención PAP, PASP y algunas Clínicas Móviles, MSF ha tenido que rehabilitar los centros y puestos de salud disponibles. Esto significó adecuaciones en estándares mínimos en agua y saneamiento, eliminación de residuos hospitalarios, instalaciones de atención médica, cadena de frío, farmacia, atención de urgencias y procedimientos. En otros casos, especialmente en las Clínicas Móviles, el único lugar disponible es cualquier espacio donde la comunidad pueda congregarse; la adecuación aquí es mucho más artesanal y busca garantizar el aislamiento y la confidencialidad del paciente.

- **Aprovisionamiento:** las compras de material médico y logístico se realizan en su mayoría dentro del país. Requiere un ejercicio de proyección cada cuatro meses para los pedidos más voluminosos (principalmente de medicamentos), que tiene como etapa previa la planificación estricta de todas las actividades.

- **Seguridad:** descansa en una estrategia de aceptación y protección. Como parte fundamental de la preparación, cada profesional pasa por una etapa de orientación al inicio de su labor en MSF, en la cual se aclaran sus responsabilidades, límites, normas de misión médica, conducta esperada, material disponible, e información del lugar y de MSF. Cada persona recibe una guía adaptada según el contexto de trabajo, que contiene reglas y recomendaciones sobre la movilidad, los medios y frecuencia de comunicación, los escenarios posibles que implicarían la necesidad de protegerse, y los protocolos en caso de situación de riesgo.

Costes del modelo PAP + PASP + CM

Para valorar el coste del modelo utilizado por MSF, es necesario distinguir entre gastos directos y gastos de gestión (o indirectos).

Los gastos directos incluyen medicamentos, salarios del personal sanitario, equipamiento médico, gastos de transporte, rehabilitación de puestos de salud para la adecuación de estándares mínimos de agua y saneamiento, y formación de perfiles comunitarios (promotores de salud, líderes comunitarios, etc.).

Los gastos de gestión son aquellos que no corresponden directamente a la atención al paciente, como el alquiler de las casas en las que viven los equipos de MSF con presencia permanente en el terreno¹⁵, la compra de materiales de papelería, y los pagos al personal administrativo. Para el caso de una estrategia de atención primaria dentro de un modelo de salud pública, liderada por los hospitales de primer nivel, estos gastos no serían necesarios al 100%.

¹⁵ Para más detalles sobre la gestión del modelo de atención de MSF, ver anexos.

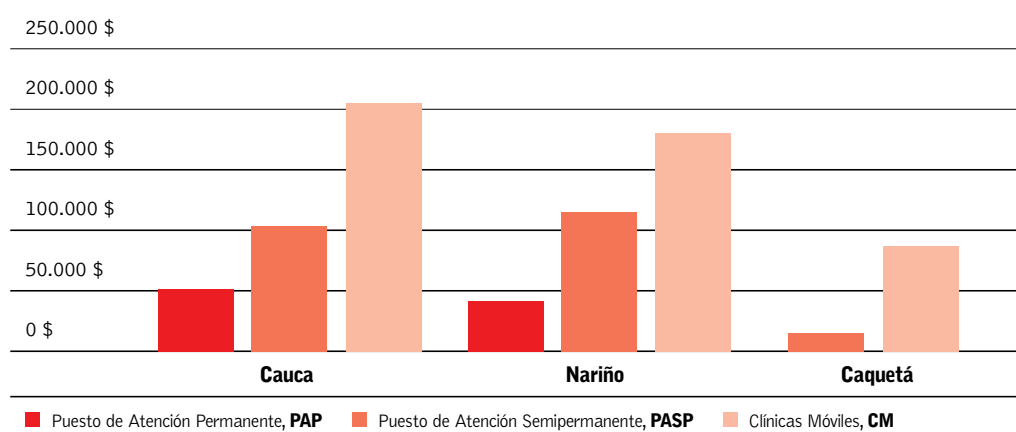
Al realizar un **análisis del coste** a partir únicamente de los gastos directos para cada tipo de estrategia, es posible evidenciar que la modalidad PAP tiene un valor inferior comparado con las otras dos estrategias; el coste mayor es claramente el de la clínica móvil. De la misma manera, el coste es más elevado en Cauca y Nariño, comparado con Caquetá, debido a que el transporte en estos lugares es fluvial.

Coste directo de la consulta en 2013 (COP)¹⁶

TIPO DE INTERVENCIÓN	CAUCA	NARIÑO	CAQUETÁ
PAP	50.983 \$	19.687 \$	-
PASP	104.238 \$	116.605 \$	12.115 \$
CM	211.252 \$	180.965 \$	87.832 \$

Coste aproximado por consulta, según estrategia de atención Cauca, Nariño y Caquetá

(costes del año 2012, en pesos, ajustados a la inflación de 2013)



Así, considerando los resultados médicos y el volumen de primeras consultas y seguimientos que se pueden realizar, tener puntos fijos en lugares estratégicos y realizar desde allí clínicas mensuales a comunidades cercanas demuestra ser más eficiente en términos de costes que contar con un sistema de brigadas móviles cada tres meses desde una cabecera municipal. El modelo de atención primaria a zonas rurales dispersas que se plantee desde el Ministerio de Salud podría tener en cuenta estos hallazgos.

¹⁶ Costes de 2012, recalculados para 2013 teniendo en cuenta la inflación.

Perfil epidemiológico de las zonas rurales con presencia de MSF

Entre 2012 y 2013, los equipos de MSF realizaron 108.856 consultas¹⁷ en los diferentes servicios, incluyendo salud mental. Los diagnósticos mostraron necesidades importantes en los ámbitos de promoción y prevención, concretamente en enfermedades respiratorias, desnutrición y enfermedad diarreica aguda en menores, en salud sexual y reproductiva —incluyendo planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, prevención de la violencia sexual y control de la mujer durante y después del parto, así como de recién nacidos y menores de 1 año— y en el manejo adecuado de pacientes crónicos hipertensos, epilépticos y diabéticos.

A continuación detallamos:

- a) Categorías diagnósticas de las enfermedades agudas más frecuentes en las consultas.
- b) Tipo de patologías crónicas atendidas y seguimientos.
- c) Patologías encontradas en mujeres que asistieron a control prenatal con MSF.
- d) Enfermedades de interés para la salud pública.
- e) Perfil de los pacientes atendidos en salud mental.



@ Jesús Abad

Consulta pediátrica en el puesto de salud de Noanamito, en Cauca.



@ Jesús Abad

Puesto de salud de MSF en Noanamito, Cauca.

a) Categorías diagnósticas de las enfermedades agudas

La **enfermedad cutánea** aparece como la categoría diagnóstica con mayores registros, tanto para menores como mayores de 5 años (21% y 41%, respectivamente). Esta categoría incluye hongos y granos, alergias, picaduras de insectos y dermatitis. El desarrollo de afecciones cutáneas tiene que ver con servicios básicos de saneamiento inadecuados, lo que en los contextos de intervención de MSF se traduce en condiciones endémicas que afectan a familias enteras.

Las **infecciones respiratorias de las vías altas** ocupan un segundo lugar, con alrededor del 20% de prevalencia en menores y mayores de 5 años. El porcentaje refleja una baja cobertura en vacunación contra el virus de la gripe y unas pobres condiciones de alimentación, hábitat y medioambientales. Asimismo, en menores de 5 años, se diagnosticó un 9% de infecciones respiratorias de las vías bajas; puede incidir en esto la complicación de infecciones de las vías altas desatendidas, una escasa cobertura de vacunación contra el neumococo, condiciones deficientes en la alimentación y baja adherencia a la lactancia materna.

Pese a ser enfermedades prevenibles, **las infecciones respiratorias pueden llegar a causar la muerte, debido a otras condiciones que se suman y amplían las consecuencias de la enfermedad**, tales como el estado de desnutrición crónica en los niños y la no disponibilidad de personal de salud con servicios de promoción y prevención.

¹⁷ No incluye odontología.

Asimismo, el **poliparasitismo** en menores de 5 años es una condición registrada en el 7% de los diagnósticos y tiene que ver con los determinantes sociales de la salud, especialmente la carencia de agua potable y la falta de educación, que generan hábitos poco saludables en niños y adultos.

Por su parte, MSF atendió morbilidades relacionadas con las actividades cotidianas de los pacientes, tales como los **dolores osteomusculares** (31%) — como lumbalgias y artralgias — producidos por el esfuerzo físico que demanda el trabajo agrícola y la pesca. La **cefalea** se registró en un 21%, en algunos casos asociada con la exposición al sol y en otros con manifestaciones psicósomáticas que indican una afectación en salud mental.

Adicional a esto, el 18% de los registros corresponde a **problemas ginecológicos** que evidencian la falta de acceso de las mujeres a citologías, programas de planificación familiar y controles ginecológicos antes, durante y después del parto.

Con respecto a la **desnutrición**, de los 4.900 niños examinados en 2013, se registraron 305 con desnutrición aguda, lo que corresponde a una incidencia del 6%.¹⁸ El 52% fueron detectados en el Pacífico caucano. Los tratados directamente por MSF recibieron alimentos terapéuticos preparados (RUTF¹⁹) de acuerdo a su peso y talla, durante tres meses. En los casos en que se detectó abandono del cuidador hacia el niño, se requirió un trabajo interdisciplinario, con la referencia del grupo familiar a los servicios de salud mental, para asegurar la adherencia. Igualmente, en algunos lugares existían centros de recuperación nutricional, a los que se derivaron pacientes que no estaban en estado grave. Si la desnutrición era severa y/o con patologías asociadas, se remitieron los casos al hospital local.

Finalmente, en Cauca también fue más significativo el número de urgencias por **trauma** (59%), lo que responde a la presencia fija de equipos en tres puntos de atención, que incrementan las posibilidades de identificación de los casos. En Nariño, con un Puesto de Atención Permanente, se atendió el 29% de los traumas; en Caquetá, que no contaba con esta modalidad de intervención, se atendió el 10% restante.

b) Tipo de patologías crónicas atendidas y seguimientos

Con relación a las cinco tipologías más prevalentes en pacientes crónicos nuevos que llegaron a la consulta de MSF, el 50% del total registró hipertensión arterial. El 25% fueron pacientes con **quejas psicológicas** y el resto corresponde, por orden, a condiciones de **artrosis, diabetes y epilepsia**.



@ Jesús Abad

Este bebé es uno de los pacientes de MSF.



@ Jesús Abad

Una niña es atendida en el puesto de salud de Puerto Saija, Cauca.

18 La identificación de los niños desnutridos se realizó utilizando el Z-score (peso en relación con la talla), según los indicadores establecido por la OMS.

19 Los RUTF pueden ser suministrados bajo la supervisión de la madre o el cuidador, por lo que no requieren la hospitalización del niño y este puede ser tratado en su casa.

Los pacientes con hipertensión, diabetes y epilepsia necesitan controles continuos, con el fin de evitar complicaciones que normalmente son incapacitantes y requieren tratamientos especializados, que solo están disponibles en el segundo y tercer nivel de atención. Con la mayor permanencia de los equipos de MSF en el terreno, se implementaron estrategias que contribuyeron a mejorar la supervisión de los pacientes crónicos. Por ejemplo, se entregaron carnés de seguimiento en los que se anotaba la fecha del siguiente control; los medicamentos se dispensaban con periodicidad semanal, quincenal o mensual, de tal modo que incentivara el regreso a la consulta; y se organizaron grupos de pacientes según sus patologías para darles charlas de sensibilización sobre la importancia de asistir a consultas de seguimiento. Asimismo, en los PAP, las comunidades respondieron positivamente a la designación de determinados días de la semana para acudir a programas específicos. Para algunos casos (desnutrición, tuberculosis, citologías), se crearon bases de datos que permitieran buscar a los pacientes, con apoyo de los auxiliares de enfermería o promotores y de los líderes comunitarios.



© Jesús Abad

La mejora en los seguimientos se ilustra bien con la experiencia del Pacífico caucano, donde fue más prevalente el diagnóstico de hipertensión y se privilegiaron las intervenciones de PAP y PASP. Allí, el seguimiento de estos pacientes aumentó a una tasa mensual media del 13%.

c) Patologías encontradas en control prenatal ²⁰

En todas las intervenciones, las mujeres embarazadas son prioritarias. La atención incluye test de laboratorio, examen físico, dispensación de suplementos vitamínicos y distribución de mosquiteras para prevenir enfermedades transmitidas por insectos. En caso de encontrar una patología general (infección respiratoria, micosis, diarrea, infección leve de las vías urinarias, enfermedad de transmisión sexual, etc.), el tratamiento es suministrado de manera inmediata, con algunas excepciones que requieren tratamiento bajo hospitalización u observación en una institución de mayor nivel (pielonefritis y malaria complicada, entre otros).

El 51% de las mujeres embarazadas que asistieron a controles con MSF presentaban **patologías generales**, y otras condiciones como **embarazo ectópico, embarazo postérmino (prolongado), embarazo gemelar, gran multiparidad o primigestación (condiciones ambas de alto riesgo obstétrico en estas áreas), desnutrición, obesidad, riesgo de isoimmunización, malaria, fistulas, desgarros, periodo intergenésico corto o retraso del crecimiento intrauterino**. El segundo porcentaje más alto (41%) fue el de **infecciones de las vías urinarias**. De las 1.867 embarazadas vistas en consulta prenatal entre 2012 y 2013, MSF refirió a 588 pacientes de alto riesgo obstétrico, por presentar alguna condición médica seria o encontrarse en una situación que dejara prever complicaciones en el curso del embarazo o en el parto.

Una mujer canta a su bebé tras la consulta médica (Noanamito, Cauca).

²⁰ Para mayor información, ver anexo 9.2.



@ Jesús Abad

Vista del pueblo de López de Micay, donde MSF pasa consulta (Cauca).



@ Jesús Abad

Sala de espera del puesto de salud de MSF en Noanamito (Cauca).

d) Enfermedades de interés para la salud pública

MSF cuenta con test rápidos para diagnosticar la sífilis y la malaria en la mujer gestante. Para los casos con sospecha de tuberculosis, fiebre tifoidea, VIH, meningitis y leishmaniasis, la atención inicial e información al paciente sobre su estado se realiza en el terreno. Después, se hace necesaria la remisión de los pacientes o de la muestra para su confirmación diagnóstica.

En promedio, durante 2012 y 2013 se diagnosticó y dio tratamiento a 128 pacientes con malaria cada año. El diagnóstico temprano es indispensable en todos los casos, para evitar complicaciones. En las zonas del Pacífico caucano y Nariño, la necesidad de un diagnóstico oportuno es todavía más urgente, pues existe una alta prevalencia de malaria por *Plasmodium falciparum*, que suele derivar en malaria cerebral.

Por su parte, de las cerca de 930 mujeres atendidas en consulta prenatal cada año, el promedio anual de mujeres con sífilis gestacional fue de 36. A todas ellas se les dio tratamiento, evitando el desarrollo de la sífilis congénita. La estrategia de Puntos de Atención Permanente y Semipermanente, con visitas más frecuentes a las veredas, contribuyó a que incrementaran las probabilidades de identificar embarazadas en el primer trimestre de gestación.

Enfermedad de interés para la salud pública	Promedio en 2012-2013
Dengue	131
Malaria	128
Sospecha de leishmaniasis	93
Violencia intencionada	89
Sospecha de tuberculosis	72
Sífilis gestacional	36
Accidente ofídico	34
Fiebre tifoidea o sospecha	6
Sospecha de VIH	3

f) Perfil de los pacientes atendidos en los servicios de salud mental

En la consulta psicológica de MSF se atendieron alrededor de 2.500 pacientes al año. El 54% de esta población registró algún evento relacionado con la violencia como principal factor de riesgo. Los cuadros sintomáticos indican que los pacientes presentaban ansiedad, depresión, manifestaciones psicossomáticas y problemas de comportamiento. Igualmente, los diagnósticos atendidos corresponden en su mayoría a problemas psicossociales y ambientales, depresión, ansiedad, duelo y otros trastornos del estado de ánimo.

Resultados de la intervención de MSF en Cauca-Pacífico, Nariño y Caquetá²¹



@ Jesús Abad

Una niña es atendida en la consulta de MSF.

En términos de resultados de la atención de MSF, el análisis de los indicadores de éxito permite observar las ventajas y dificultades en cada estrategia.

- **Indicador de resolución de casos en atención primaria: el 95% de los casos que llegan a consulta son resueltos por los equipos de MSF.**

En total, MSF realizó 102.470 consultas médicas.²² De estas, se hicieron 2.855 referencias hacia servicios de salud especializados, un 2,7% de los casos recibidos. Entre 2012 y 2013 se alcanzó una tasa del 97%.

- **Indicador de cobertura global: el 60% de la población de referencia es atendida en los servicios de MSF.**

La estrategia combinada PAP + PASP, para poblaciones superiores a 5.000 personas²³, permitió en 2012 y 2013 una cobertura media del 52% en cada zona donde se implementó. Si bien no alcanza el indicador global, esta estrategia, debido a que conlleva una mayor permanencia en el terreno, demuestra ser la más efectiva para poblaciones de gran tamaño.

Por su parte, con **la estrategia de solo PASP** en 2012, se consiguió para poblaciones de entre 2.500 y 5.000 personas una cobertura media del 45%. En 2013, para poblaciones de entre 1.500 y 2.000 personas, permitió una cobertura del 70% de media. Así, este tipo de estrategia resultó más efectiva para poblaciones no tan grandes, mientras que en poblaciones de entre 2.500 y 5.000 personas, se podría pensar en una estrategia PAP + PASP con el fin de mejorar el indicador.

21 Para el caso de los Puntos de Atención Permanente, se tendrán en cuenta cuatro experiencias: tres en el Cauca-Pacífico, concretamente en las veredas de Puerto Saija (Timbiquí), Noanamito (López de Micay) y Concepción (Buenaventura), y una última en la vereda San José del Charco (Tumaco-Nariño).

Por su parte, los Puntos de Atención Semipermanente pasaron de ser 17 en 2012 a 14 en 2013: ocho en Cauca-Pacífico (en las veredas de Santa Rosa, San Bernardo, Zaragoza, Boca Grande, Boca de Patía, San Francisco Adentro, Dos Quebradas y Santa María); dos en Nariño (Playa Grande y Santa Catalina); y cuatro en Caquetá (Guacamayas, Sardinata, La Cristalina y Las Damas). Los tres PASP adicionales en 2012 fueron Santa Rosa (Nariño), y Santa María y San José (Cauca); estos fueron cerrados en 2013, reagrupando a la población atendida en otros lugares.

Por último, las Clínicas Móviles en 2012 se realizaron en 22 veredas, que fueron reducidas a 12 en 2013, debido a una reagrupación de zonas. Para 2013, los sitios donde se atendió bajo esta modalidad fueron: Coteje, Cauca-Pacífico; Cuarazangá, Guayabalito Nulpi, Azúcar, Mata de Plátano, Montañita y Salisbí, en Nariño; y Villa Carmona, Platanillo, Villa Rica, Bocas del Perdido y El Rubí, en Caquetá.

22 108.856 consultas en total, si se incluye salud mental.

23 Sumando las poblaciones de referencia del PAP y de sus respectivos PASP.



@ Jesús Abad

Una mujer de parto es trasladada al hospital (López de Micay, Cauca).



@ Jesús Abad

Un niño es atendido en el puesto de salud de Noanamito, en Cauca.

Finalmente, con la estrategia única de Clínica Móvil trimestral en poblaciones de referencia inferiores a las 1.500 personas, se logró en 2012 una cobertura media del 50%. Sin embargo, con el fin de colocar el indicador en el rango del 40-45% en poblaciones más numerosas y dispersas (como en la zona compartida de Caquetá), fue necesario aumentar los puntos de atención y las brigadas en cada uno, asegurando más de 30 días de atención al año por zona.

En contraste, en Nariño, durante 2013 MSF traspasó a los hospitales públicos sus clínicas móviles, por lo que se realizaron únicamente entre dos y cuatro brigadas por punto de atención, de tres días de duración cada una. En este caso, la cobertura media fue de tan solo el 23%.

• **Indicador de cobertura en salud sexual y reproductiva: 90% de embarazadas en la población de referencia han sido examinadas en consulta prenatal.**

El contar con mayor número de días de atención no significó más embarazadas identificadas en control prenatal. En las zonas donde se implementó la estrategia PAP + PASP, con un promedio de días de atención de 262 en 2012 y de 223 en 2013, el promedio de embarazadas atendidas fue del 37% y del 43%, respectivamente. Una tendencia similar se observó en la estrategia PASP y en las zonas donde solo se trabajó con Clínica Móvil.

Esto implica que el indicador depende de múltiples variables, como factores interculturales, si era población campesina, afrocolombiana o indígena (esta última menos propensa a asistir a consulta prenatal), el grado de sensibilización de las embarazadas sobre el servicio, y la dispersión de la población con relación al punto de atención de MSF.

Se observó también que la Clínica Móvil, cuando se integró a otras estrategias en una misma zona, contribuyó a empeorar el indicador, pues aumentó la población de referencia sin que la captación de embarazadas se incrementara en la misma proporción.

• **Indicador de calidad en salud sexual y reproductiva: el 80% de los controles prenatales se realizan en el primer trimestre.**

Este indicador se calculó con relación al total de embarazadas a quienes se realizó algún control prenatal.

La estrategia combinada de PAP + PASP favoreció que al 59% de las gestantes atendidas se le realizara un control en el primer trimestre. En las zonas en las que se trabajó con PASP, el indicador fue del 47%, mientras que en Clínica Móvil fue del 45%. De este modo, no se observaron grandes diferencias relacionadas con el tipo de intervención, pero sí se cumplió que, con PAP + PASP, el porcentaje de controles en primer trimestre fue más alto.

Resulta interesante considerar la cifra de las embarazadas vistas en el primer trimestre en comparación con el total de gestantes esperadas según la población de referencia. En la modalidad PAP + PASP, tan solo un 23% llegaron a la consulta en el primer trimestre. En las zonas con estrategia PASP, llegó el 21%, y en las Clínicas Móviles, el 11%. Se evidencia que al aumentar la frecuencia de visitas a una vereda, se mejoró la cobertura de embarazadas atendidas en el primer trimestre; sin embargo, otros factores incidieron en que los porcentajes en cada estrategia fueran bajos, como por ejemplo la falta de información entre las gestantes acerca de la importancia de iniciar sus controles durante los tres primeros meses.



@ Jesús Abad

Una mujer y sus hijos esperan consulta en el puesto de salud, en Puerto Saija.

• **Indicador del programa de desnutrición: el 80% de los niños con desnutrición aguda severa o moderada mejoran en tres meses.**²⁴

Con la estrategia combinada PAP + PASP se alcanzó en 2012 un promedio del 61% de mejorías. En la estrategia PASP el resultado fue similar, con el 62% de mejoría.

Por su parte, la estrategia de brigadas móviles cada tres meses fue la que peores resultados obtuvo, con un promedio de mejorías del 30%.

La posibilidad de alcanzar este indicador estuvo determinada por la adherencia al tratamiento, según el tipo de estrategia.

En lo que concierne al tratamiento directo de MSF con RUTF, fue complicado garantizar el cumplimiento de las citas de seguimiento, especialmente en PASP y Clínica Móvil, por lo que los equipos optaron por trabajar de la mano de los promotores de salud o las madres comunitarias para que realizaran los controles cuando MSF no estaba presente. Sin una adecuada vigilancia médica que permita ajustar las dosis conforme evolucionaba el paciente, la oportunidad de mejoría se vio perjudicada.

Por otro lado, cuando se derivaron casos a Centros de Recuperación Nutricional, se produjeron solicitudes de alta voluntaria de los niños por parte de las madres o cuidadores, debido a que en los centros solo se garantizaba la permanencia y la alimentación de los menores. Finalmente, en seis de los siete casos de remisión a los hospitales locales se perdió el contacto con los pacientes, por lo que se desconoce la evolución de los niños y no se pudo determinar la mejoría o el deterioro de su condición médica.

En definitiva, la recuperación de niños con desnutrición solo puede constatarse con el seguimiento, por lo que la mayor permanencia en el terreno y las visitas más frecuentes favorecen mejores resultados.



@ Jesús Abad

Panorámica de Puerto Saija.

²⁴ Datos disponibles solo para 2012.



@ Jessie Abad

Una enfermera ofrece una charla sobre planificación familiar en el colegio de Noanamito (Cauca).

• **Indicador de violencia sexual: el 100% de los supervivientes de violencia sexual que llegan a la consulta de MSF reciben atención integral.**

La atención integral hace referencia a la oferta de atención médica y psicológica frente a casos de violencia sexual. MSF considera que el servicio médico debe ser ofrecido independientemente del tiempo transcurrido entre la agresión y la atención, debido a posibles secuelas físicas desatendidas; asimismo, proporcionar apoyo psicológico se considera prioritario para la recuperación emocional de la persona. Para alcanzar este indicador, sobre todo en área rural, es indispensable que el servicio de salud mental esté incorporado en las actividades de salud primaria; de otro modo, habría que referir al superviviente a un municipio con psicólogo, con una alta probabilidad de que no siga la remisión.

Al mismo tiempo, cada persona es libre de decidir si quiere o no estos servicios, por lo que conseguir que el 100% de supervivientes de violencia sexual reciba atención integral depende también de la voluntad del paciente. En los casos crónicos de más de 6 meses de antigüedad que fueron captados en el servicio médico, MSF encontró reticencias a asistir al psicólogo.

Durante 2012 y 2013, se identificaron 132 supervivientes de violencia sexual en las clínicas rurales, de los cuales 77 pudieron ser atendidos integralmente.

Por otra parte, fue muy difícil la captación de supervivientes dentro de las primeras 72 horas en todos los sitios de intervención, lo que sugiere la necesidad de que las charlas de promoción y prevención de la salud aborden la cuestión de la violencia sexual como una urgencia médica; que se genere confianza para favorecer la búsqueda rápida de ayuda en las instituciones de salud; y que el personal sanitario sea sensibilizado sobre cómo actuar al identificar un caso de violencia sexual ocurrido meses o incluso años atrás.

En las zonas con estrategia PASP se obtuvo el mayor número de casos de violencia sexual en los dos años, con el 43% del total. En las zonas donde se implementó la estrategia combinada PAP + PASP, se atendió un número similar, un 42%. En Clínica Móvil, en cambio, solo se captó el 14%.

La detección activa y las actividades de sensibilización del personal médico y de las comunidades determinaron un aumento en la captación de casos del 60% en 2013 con respecto a 2012.

• **Indicador de enfermedades de interés para la salud pública: el 100% de los pacientes con sospecha de tuberculosis y leishmaniasis pasan examen diagnóstico.**

Los resultados más cercanos al indicador se consiguieron en las zonas con estrategia PASP o estrategia combinada PAP + PASP, llegando al

92% y 91%, respectivamente. La estrategia de Clínica Móvil llegó al 71%, debido, entre otros, a problemas técnicos (límite de tiempo para llegar al laboratorio, que no podía respetarse por la distancia a los hospitales, y cadena de frío insuficiente en algunas clínicas).

• **Indicador de salud mental: la tasa de abandonos de procesos clínicos terapéuticos en salud mental es inferior al 20%.**

En 2012 y 2013 se iniciaron cada año alrededor de 2.640 procesos terapéuticos en las clínicas rurales de MSF. Los abandonos corresponden a procesos terapéuticos de varias sesiones que no se completan porque el paciente no vuelve a la consulta.

Con la estrategia combinada PAP + PASP, la tasa de abandonos para 2012 y 2013 fue en promedio del 25%, al poder asegurar más seguimientos y sensibilizar sobre la importancia de continuar los procesos psicoterapéuticos. En las zonas con estrategia PASP, la tasa fue del 33%. En las clínicas móviles, la poca probabilidad de seguimiento llevó a los psicólogos a implementar una estrategia de consulta única, por lo que no es relevante tener en cuenta este indicador.

• **Indicador de las remisiones: el 95% de los pacientes referidos de urgencia por MSF reciben atención en salud en el centro de referencia.**

De los 2.855 pacientes remitidos por MSF a los hospitales locales, el 22% fueron de urgencia. La mayoría (59%) fueron identificados en los PAP, un 26% en los PASP y un 13% en las clínicas móviles.

En promedio, la estrategia PAP + PASP permitió resolver con éxito la referencia a los centros de referencia en aproximadamente el 68% de los casos cada año.

En San Vicente del Caguán, donde se implementó una estrategia PASP, los casos remitidos de urgencia fueron atendidos en un 51% de media, mientras que en la zona del Yarí, con población alejada del centro de referencia, fue tan solo del 25%.

En las Clínicas Móviles sobre el río Mira, cercanas a la cabecera de Tumaco, el indicador fue del 67%, mientras que en las del río Chagüí, más apartadas, fue del 55%.

Aunque hay dificultades en el seguimiento de las referencias en las que MSF no se encargó del transporte, se puede notar que, cuanto mayor es la permanencia en el terreno, más afinada es la identificación de las urgencias. Asimismo, se determinó que una mayor lejanía de los hospitales de referencia provocaba un peor registro de que los casos remitidos hubieran recibido la adecuada atención médica.

Barreras en el acceso a servicios médicos especializados y consecuencias para la salud

Tal y como se exponía en el informe de MSF *977 voces*, los pacientes referidos por los equipos de MSF continúan enfrentando barreras (geográficas, económicas, asociadas al conflicto, administrativas, etc.), asumiendo riesgos y, en algunos casos, empeorando su situación cuando al final del recorrido no obtienen la atención que requieren. MSF ha realizado un análisis de las barreras que obstaculizaron las referencias a servicios médicos especializados de 2.855 pacientes remitidos por la organización en 2012 y 2013, y los resultados siguen siendo preocupantes.

Desde el punto de vista de la percepción de la población, en el momento de informar al paciente de la necesidad de una remisión, el 31% mencionó que temía encontrarse con inconvenientes. El más frecuente fue el económico (55%), seguido de las dificultades de acceso (26%), la desconfianza en el sistema (13%) y razones relacionadas con el conflicto (4%); tan solo un 2% de pacientes indicó no querer ser remitido, por voluntad propia.

Los problemas reales que los pacientes se han encontrado en las remisiones concuerdan en gran parte con las preocupaciones que tenían antes de tal remisión.

En primer lugar, existe una diferencia sustancial en el porcentaje de remisiones cuando el paciente tiene que sufragar el transporte, o cuando lo hace el proveedor de salud. En el primer caso, en el 49% de los casos no se produjo la remisión, el 22% tardó más de ocho días en llegar al hospital, y el 8% tardó más de 90. Cuando el proveedor de salud se hace cargo del transporte, hubo un 98% de referencias; más concretamente, el 3% tardó más de ocho días en llegar al hospital y el 2% tardó más de 90. Estas diferencias se deben al alto coste del transporte, especialmente en las zonas costeras, así como a las distancias geográficas, que hacen compleja la organización del transporte incluso cuando el paciente dispone de los medios económicos.



© Jesús Abad

Vivienda en el pueblo de López de Micay, en Cauca.

“El joven venía de la vereda Los Brazos y llegó en marzo al PAP de Puerto Saija, en Timbiquí. No estaba afiliado al sistema de salud. Presentaba una masa abdominal que sugería cáncer. Fue remitido de manera urgente con trasporte de MSF al hospital de Timbiquí y se le acompañó todo el tiempo. También se le comunicó el caso al secretario de Salud del municipio, para buscar soluciones. El joven no tenía EPS, por lo que traté de incluirlo en una que tiene cobertura en el municipio, pero la encuesta del SISBÉN se la habían realizado en Puerto Tejada, así que le complicaron el proceso. Lo enviaron a Buenaventura; en el hospital de Buenaventura lo remitieron al Hospital Universitario del Valle. Al parecer, en el ínterin, el posible cáncer testicular se había agravado. Yo perdí contacto con el hermano hasta el 9 de mayo. Ese día, él me comunicó que su hermano había fallecido y que lo habían enterrado el 1 de mayo. Tenía solo 14 años”.
Testimonio de un trabajador social de MSF en Cauca.

Además, estimamos que un 26% de los pacientes que establecieron un contacto con el sistema de salud se enfrentó con trabas para acceder al servicio de atención requerido en primera y/o segunda instancia.²⁵ Las trabas más frecuentes fueron las administrativas, por ejemplo situaciones en las que el paciente buscó atención en el hospital más cercano y este no era el de referencia para el departamento, o autorizaciones para procedimientos que se retrasaron, o la no disponibilidad de citas, o la solicitud de fotocopias de documentos como el carnet de salud o la cédula, así como casos en los que las EPS no tenían contrato con el hospital y negaron o retrasaron el servicio. Después de las trabas administrativas, se registraron demoras injustificadas en la atención, denegación de servicios, costes asumidos por el paciente y mala praxis por parte del personal sanitario.

Problemas en la respuesta institucional

Otras trabas administrativas que vulneran los derechos del paciente	22%
Mala praxis (imprudencia, impericia y/o negligencia)	13%
Demoras injustificadas en la atención por especialistas	10%
Demoras injustificadas en la atención	10%
Trabas administrativas por problemas con la EPS	9%
Trabas administrativas por falta de aseguramiento	6%
Demoras injustificadas en la realización de estudios complementarios	6%
Trabas administrativas por pertenencia a otro municipio o departamento	6%
Demoras injustificadas en la realización de procedimientos y/o intervenciones	3%
Tratamiento no dispensado	3%
El paciente debe costear servicios cubiertos en el POS*	3%
Trabas administrativas por carencia de documentación	2%
El paciente debe costear el transporte para remisiones entre niveles	2%
Denegación de remisión al nivel de atención requerido	1%
Denegación de atención a patologías incluidas en el POS*	1%
Trabas administrativas por problemas con la Secretaría de Salud	1%
Denegación de la atención en urgencias	1%

* Plan Obligatorio de Salud

25 De los 2.855 pacientes a los que los equipos médicos de MSF recomendaron una remisión, el 40% la atendió, un 17% no lo hizo, y se desconoce qué decisión tomó el 43% restante. Del 40% que la aceptó (1.134), MSF registró la respuesta institucional recibida del 73% de ellos. De este 73%, un 26% (295 pacientes) declaró que había encontrado trabas.



@ Jessie Abad

Una de las salas del puesto de salud de Noanamito (Cauca).

“Se trataba de una recién nacida proveniente de la vereda Río Viejo, en el municipio de López de Micay. La madre trajo a la paciente en octubre de 2013 al PASP de Zaragoza, sin estado de afiliación al sistema de salud. Al ser vista por el médico, se le diagnosticó una desnutrición severa con anemia y hepatomegalia, por lo cual se remitió de manera urgente con el transporte de MSF al hospital. Al llegar allí, en el servicio de urgencias se le negó la atención y la menor falleció”.
Testimonio de un trabajador social de MSF en Cauca.

“Recibimos a una mujer de 33 años proveniente de la vereda Guacamayas, en el municipio de San Vicente del Caguán. Era una gestante de 8 meses y medio, con un embarazo considerado de alto riesgo obstétrico. Su estado de afiliación era subsidiado. La paciente acudió en diciembre de 2012 a una clínica de MSF en esta vereda, donde la remití de urgencia al hospital en San Vicente del Caguán, debido a una fuerte alteración en los exámenes de glicemia. Pese a su desconfianza en el sistema de salud, la paciente acudió por sus propios medios al hospital en el mismo mes de remisión. Allí, fue valorada en el primer nivel de atención y continuó tratamiento por ginecología en segundo nivel en Florencia, donde aparecieron trabas de tipo administrativo que vulneraron sus derechos. Finalmente, en Florencia, en el Hospital María Inmaculada, el bebé presentó sufrimiento fetal agudo y falleció. Faltaban solo unas pocas semanas para el parto; el impacto de algo así en una madre es muy difícil de superar”.
Testimonio de un médico de MSF en Caquetá.

Las consecuencias de un manejo inadecuado de los casos remitidos pueden ser irreversibles.²⁶

De los 1.252 casos referidos por MSF que pudimos seguir, se supo que 23 pacientes fallecieron por complicaciones de su condición médica. **De estas muertes, 22 habrían podido evitarse** con programas de promoción y prevención efectivos, un correcto control y seguimiento de condiciones crónicas y con un diagnóstico y atención tempranos.

MSF registró cinco muertes fetales producto de embarazos de alto riesgo obstétrico que no recibieron los debidos cuidados; nueve fallecimientos de menores de 2 años con desnutrición complicada con diarreas o enfermedades respiratorias; y las muertes de un adolescente y ocho adultos que estuvieron conviviendo durante mucho tiempo con enfermedades sin conseguir ser tratados, y que, para cuando recibieron atención hospitalaria, ya era demasiado tarde para frenar el deterioro irreversible de su salud.

En una de estas muertes mediaron demoras injustificadas en la atención, en otra la mala praxis del personal (imprudencia, impericia y/o negligencia), en una más hubo demoras injustificadas en la realización de estudios complementarios; y finalmente otra se debió directamente a la denegación de la atención en urgencias.

A continuación, se detallan los casos de fallecidos (excepto óbitos fetales), destacando en negrita ciertos factores determinantes en la muerte y que podían haberse evitado:

²⁶ En el informe de MSF 977 *Voces* (2010), se encontró que las consecuencias médicas de la falta de acceso a la salud incluyen: prolongación del sufrimiento para el 69,1% de los encuestados, complicaciones médicas en el 22,9% y discapacidad en el 1,2%; además, el 31,9% de los entrevistados reportó la muerte de algún familiar.

	Casos remitidos por MSF que resultaron en fallecimiento	Edad
1	Hipertenso descontrolado , con arritmia cardíaca, secuelas de accidente cerebro-vascular; infección de las vías urinarias y desnutrición moderada. El paciente decide no atender la remisión y fallece seis meses después.	85 años
2	Sospecha de VIH: enfermedad diarreica crónica, desnutrición crónica, síndrome anémico moderado e infección recurrente de las vías urinarias. Al paciente no se le realiza la prueba de diagnóstico ; una vez confirmado el caso, el paciente es hospitalizado pero fallece al cabo de dos semanas.	62 años
3	Accidente cerebro-vascular, convive con hipertensión arterial no controlada y registra edema pulmonar.	66 años
4	Masa abdominal, confirmación tardía del diagnóstico de cáncer testicular . El paciente no tiene EPS, su SISBÉN es de otro municipio, por lo que se retrasan las autorizaciones para enviarle a un hospital en el que pudiera recibir tratamiento.	14 años
5	Retención urinaria. El paciente es remitido al hospital de segundo nivel, en el que dicen no tener urólogo y recibe el alta. No se le dispensa tratamiento .	78 años
6	Estado avanzado de enfermedad diarreica aguda con fiebre. La paciente llega a la clínica de MSF desde su vereda, a cinco horas y media del punto de atención. Es remitida al hospital, pero fallece esa misma noche.	42 años
7	Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca. Se generan demoras en la referencia al tercer nivel .	69 años
8	Intoxicación por ingesta de insecticida. La paciente sufría esquizofrenia y no había recibido tratamiento psiquiátrico . MSF estabiliza y lleva a la paciente a hospital de primer nivel, sugiriendo referencia inmediata a segundo nivel. Es trasladada al día siguiente e ingresa directamente en cuidados intensivos. Después es referida a tercer nivel, pero fallece por complicaciones.	54 años
9	Cáncer sin tratar . Cuando llega a la clínica de MSF se encuentra descompensado, con agravante de insuficiencia renal aguda y fístula abdominal.	21 años
10	Neumonía, posible falta de vacunación contra el neumococo .	2 meses
11	Desnutrición aguda severa , hepatomegalia, ictericia y síndrome anémico. Es remitido al hospital, donde ingresa durante un mes antes de ser enviado a centro de recuperación nutricional. Es dado de alta a petición de la madre y se programa un control a los tres meses en Pediatría, a pesar de que persistía la condición de desnutrición severa .	2 meses
12	Neumonía basal, desnutrición moderada, síndrome anémico y deshidratación en segundo grado.	18 meses
13	Neumonía y desnutrición moderada .	4 meses
14	Neumonía . El caso es remitido a tercer nivel. Fallece dos meses después.	6 meses
15	Síndrome febril. Llega con convulsiones, se estabiliza y remite con transporte de MSF. Aunque se brinda la atención en el hospital de primer nivel, la paciente fallece.	6 meses
16	Deshidratación de grado II, enfermedad diarreica aguda y neumonía . Se le realiza en el hospital una radiografía de tórax. Muere 6 horas después por broncoaspiración.	2 años
17	Desnutrición severa, anemia , hepatomegalia y dermatomicosis . La atención en urgencias es denegada por el hospital de primer nivel.	1 mes
18	Recién nacida prematura producto de un embarazo de alto riesgo sin control , con bajo peso, riesgo de sepsis e insuficiencia respiratoria. La referencia urgente se realiza con transporte de MSF hasta el hospital de primer nivel. Es remitida a segundo nivel y de allí al hospital de la capital del departamento. La familia menciona barreras de acceso por motivos económicos .	9 horas



@Jesus Abad

Posando para la foto (Puerto Saija, Cauca).



@Jesus Abad

Una familia pasa consulta en el puesto de salud de Noanamito, Cauca.

Al respecto, el Observatorio Nacional de Salud elaboró un informe sobre las muertes en Colombia que pudieron ser evitadas entre los años 1998 y 2011. Allí se expone que en ese período se presentaron en Colombia algo más de 1,4 millones de muertes evitables, en las que predominaban las lesiones, enfermedades transmisibles, muertes maternas, neonatales y nutricionales.²⁷ Excluyendo las lesiones, el resto de causas de muerte evitable coincidieron con aquellas que se siguieron observando en las clínicas de MSF durante los años 2012 y 2013.

El análisis de las barreras que tienen los pacientes al ser referidos es útil cuando se implementa un proyecto de atención primaria de salud que pretenda ser el primer contacto de la población con el resto de niveles de atención. Tal proyecto deberá tener en cuenta esas barreras y ajustar el modelo en la medida de lo posible para minimizarlas. En el siguiente recuadro, exponemos las estrategias de adaptación de Médicos Sin Fronteras en sus proyectos de Cauca-Pacífico, Nariño y Caquetá.

Barrera	Estrategia facilitadora de MSF
Barreras de acceso relacionadas con el conflicto	Difusión de los principios de respeto a la misión médica y socialización del concepto de neutralidad.
Barreras de acceso físicas	Red de servicios cercana y disponible. Habilitación de medios de referencia (transporte de MSF).
Barreras de acceso por motivos económicos	Gratuidad en la prestación de servicios y proximidad a las comunidades para minimizar costes de traslado hacia los puntos de atención de MSF.
El paciente no accede por desconfianza	Generación de confianza con la comunidad, a través de la misma proximidad y de la explicación recurrente de quién es MSF, qué hace y cómo trabaja . Control de calidad y prestación de servicios orientados por un enfoque de humanidad. Evaluación y reevaluación constante de la aceptación de la atención de MSF.
El paciente no accede por voluntad propia	Sensibilización sobre la importancia de la búsqueda de atención médica y psicológica. Adaptación de los servicios al paciente. Evaluación periódica de la percepción de la comunidad hacia MSF para hacer ajustes que permitan mejorar nuestra acción.

27 *Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Tercer informe, Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Junio de 2014.

Conclusiones y lecciones aprendidas

En promedio, el 60% de la población de cada municipio en Colombia habita en la zona rural, con excepción de los municipios donde se encuentran los grandes centros urbanos.²⁸ Por otro lado, la violencia ha condicionado la provisión de servicios en muchos lugares del país, erigiéndose en un reto imposible de ignorar. Las comunidades que habitan sitios como Noanamito, San José del Charco o Cartagena del Chairá no son diferentes en su humanidad de las que habitan Bogotá, Medellín o Cartagena de Indias. Las dificultades que tienen estas comunidades para acceder a la salud, en cambio, sí son distintas y multicausales. Entendiendo que la salud es un derecho en Colombia, se hace necesaria la aplicación de medidas diferenciales para el cumplimiento del criterio de equidad dentro del sistema de salud colombiano.

Al considerar la situación médico-humanitaria de los lugares con presencia de MSF, se han podido constatar límites en la afiliación de la población a los seguros médicos, en la accesibilidad a los hospitales, en los servicios de salud disponibles y en la forma en que se prestan.

A todo esto se añade la multiplicidad de actores intermediadores para afiliar a comunidades pequeñas y aisladas, que actúa en detrimento de la autonomía de los equipos básicos de salud para el manejo integral de los casos. El manejo pasa a depender de si están asegurados, de si el hospital tiene contrato con la aseguradora, o de si este tiene red en el área, por lo que en ninguna medida se prioriza a la población.

Igualmente, **la prestación de los servicios no es óptima**. Un ejemplo de ello es que los equipos sanitarios locales deberían poder realizar acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas como del Plan Obligatorio de Salud, pero en la práctica no lo hacen, ya que ambos planes no están articulados, sus recursos financieros son distintos y su ejecución (cuando se realiza) es independiente.

Finalmente, **la imposición de estándares de calidad muy ambiciosos para las capacidades de las áreas rurales** afecta también al panorama de acceso a la salud en el Pacífico caucano, Nariño y Caquetá. Los protocolos planteados desde Bogotá orientan el modelo de atención hacia una fuerte profesionalización que **excluye perfiles clave como los del promotor de salud**. El formar debidamente a personas de la comunidad en la práctica de ciertos cuidados y procedimientos básicos (control de crecimiento y desarrollo, citologías, suturas, tamizajes nutricionales, etc.) podría mitigar el impacto de la carencia de profesionales.

28 Páez, Gustavo; Jaramillo, Luis Felipe, et al., *Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia*, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 (p.46).

Lecciones aprendidas

Tras dos años de implementación de una estrategia de atención primaria con las modalidades de PAP, PASP y Clínicas Móviles en el sur del país, MSF reconoce que su intervención tiene resultados interesantes y también limitaciones. Como se mencionaba al comienzo de este informe, el propósito no es ofrecer una fórmula mágica para la provisión de servicios de salud en las zonas rurales apartadas, sino demostrar que hay métodos para hacerlo de forma aceptable, con calidad, reconociendo las particularidades del contexto y priorizando las necesidades del paciente.

Al decir que *Más vale llegar a tiempo*, MSF expone que **un sistema de salud primaria accesible es condición *sine qua non* para la mejora de la situación de salud de las comunidades apartadas**. Esto hace referencia a la oferta de los servicios y a la demanda, pues tan importante es que los equipos sanitarios del Estado puedan hacer presencia con atención primaria en las zonas rurales, como que la población pueda buscar y recibir ayuda en otros niveles de complejidad sin trabas de ningún tipo.

Las lecciones aprendidas por MSF resumen la información presentada a lo largo de este informe, con el objetivo de contribuir a las reflexiones en torno a la cuestión de la efectividad de la atención primaria de salud en Colombia. Algunas son específicas a la metodología de trabajo de MSF; otras podrían ser útiles para la implementación de modelos de salud pública.

- **Es factible resolver positivamente más del 95% de los casos que llegan a consulta.** De las 102.470 consultas médicas atendidas por MSF durante 2012 y 2013, tan solo 2.855 pacientes tuvieron que ser remitidos a un nivel superior de atención, lo que corresponde al 2,7% y coincide con lo esperable de la atención primaria de salud.

- Es necesario decidir con criterios objetivos la ubicación estratégica de los puntos de atención y de las intervenciones móviles/extramuros. En este sentido, el criterio de población de referencia dentro de un radio de dos horas ha demostrado su utilidad:

- Población superior a 3.000 personas: presencia permanente de un equipo médico (Punto de Atención Permanente, PAP).
- Población de entre 1.500 y 3.000 personas: Punto de Atención Semipermanente, PASP.
- Población inferior a 1.500 personas, a las que por razones logísticas o de seguridad es imposible realizar visitas mensuales: Clínicas Móviles, CM.

• **Coberturas de población que aumentan cuanto mayor es la permanencia del equipo médico en una zona de intervención:** el PAP + PASP permite una cobertura del 52% de la población de referencia; el PASP en solitario, un 45%; y las CM, el 39%.²⁹

• **Los programas de prevención y promoción de la salud son muy pertinentes para la respuesta a necesidades reales y sentidas por la población,** al ser comunidades dispersas y con dificultades de acceso a la salud.



© Jesús Abad

Dos hermanos acuden a la consulta de MSF en Puerto Saija, Cauca.

• **El contar con un sistema de referencia eficiente y con redes integradas de servicios activos verdaderamente permite salvar vidas.** En estas RISS, el cumplimiento de la *portabilidad* (con las EPS garantizando servicios de salud en cualquier lugar del territorio nacional) es indispensable para que la atención se lleve a cabo. Para eliminar las barreras de acceso administrativas es conveniente mantener un único asegurador por área de intervención, o bien los aseguradores deberían garantizar que los convenios que firmen establezcan una misma y única RISS disponible para todos los afiliados.

• **La permanencia en la zona permite crear un vínculo más estrecho con la comunidad y de esta manera disminuir la desconfianza con los servicios de salud.** Asimismo, en áreas de alta incidencia del conflicto armado, la proximidad con la población establece de manera invisible un *círculo de seguridad* para el equipo sanitario, favoreciendo la continuidad de las actividades. El conocimiento de normas de comportamiento seguro de la misión médica por parte del personal sanitario es clave para ganar la aceptación de las comunidades.

• **Al inicio de una intervención integral en salud primaria, el volumen diario de pacientes tiende a ser muy alto.** Con el fin de evitar que las capacidades del equipo se vean desbordadas, hay dos métodos que han probado su funcionalidad en la experiencia de MSF: el *triaje* y la consulta comunitaria.

- La **consulta comunitaria** es una atención médica en grupo o individual de patologías que pueden evitarse y mejorarse con medidas de promoción y prevención. El objetivo es que la población conozca el origen de las dolencias y las estrategias para evitarlas, disminuyendo la medicalización y la repetición de consultas por el mismo motivo.

²⁹ Se estimó la media de coberturas para poder incluir datos atípicos que se ubicaban en el extremo de la muestra. Sin embargo, se excluyeron los lugares donde un cálculo equivocado en la población de referencia -a la baja- influyó en coberturas muy por encima de la media: Platanillo (69%), Tunia (69%), Camuya (88%) y Rubí (100%).



@ Anna Surinyach

Una enfermera de MSF toma la tensión a una paciente en Cauca.



@ Anna Surinyach

Unos niños posan en una barca, en Cauca.

- El **triaje** consiste en la clasificación de pacientes de acuerdo a la prioridad y el servicio requerido, permitiendo establecer el orden de la atención y regulando el volumen de pacientes que se reciben diariamente.

- En comparación con una estrategia solo de Clínicas Móviles trimestrales, la estrategia combinada de PASP y PAP permite:
 - Captar más urgencias, resolver o derivar con posibilidad de seguimiento.
 - Recibir una proporción de consultas por enfermedades agudas superior a la de las consultas de personas sanas, gracias al servicio de promoción y prevención (PyP) y a la sensibilización sobre reacciones normales y signos de alarma.
 - Aumentar la confianza de la población hacia los servicios de salud, y la relación y trabajo cooperativo con líderes, promotores y madres comunitarias.
 - Lograr una mayor adherencia a programas prioritarios como los de salud sexual y reproductiva, planificación familiar o seguimiento de pacientes crónicos (hipertensos, diabetes, etc.) o del programa de nutrición.
 - Alcanzar una mejor cobertura de vacunación.
 - Realizar seguimientos eficaces de las gestantes y de pacientes en consulta por salud mental.
 - Iniciar y hacer seguimientos a pacientes con patologías de interés para la salud pública (como la tuberculosis, el dengue y la leishmaniasis), a la vez que se forma a las auxiliares para detectar efectos adversos y supervisar y aplicar estos tratamientos cuando MSF no está. De esta manera, se proporciona una solución a los pacientes que no pueden permanecer durante todo un mes en las cabeceras municipales.
 - Conseguir un incremento de la captación de supervivientes de violencia sexual y de pacientes con trastornos de salud mental que requieren referencia a psiquiatría.

• **En lugares con dificultades de acceso** para ofertar el servicio de atención en salud mental, una herramienta útil es la **formación del personal disponible y de la comunidad en primeros auxilios psicológicos**.

• En los lugares donde el conflicto no es una barrera para ofrecer **salud mental**, es factible **integrarla en la atención primaria** dentro de las clínicas rurales.

• **Se siguen presentando dificultades para acceder a otros niveles de complejidad, en el marco de las referencias.** Un 31% del total de las personas remitidas registraron alguna barrera para el acceso.



@ Jessie Abad

Una trabajadora de MSF abraza a una paciente.

- **En las remisiones, la barrera más habitual es la económica (55%),** seguida de las barreras debidas a motivos físicos (26%), a la desconfianza en el sistema (13%) y a razones relacionadas con el conflicto (4%); tan solo un 2% de los pacientes dice no acceder por voluntad propia.

- Los casos que se remiten del PASP y de la Clínica Móvil corresponden principalmente a remisión prioritaria (69% y 73%, respectivamente), ya que el médico presente durante esas jornadas en el punto de atención refiere sistemáticamente los casos que requieran observación o que puedan complicarse. **En el PAP, donde la permanencia del médico en el punto de atención es mayor, la captación y remisión de casos urgentes, en comparación con otro tipo de referencias, también es la más habitual (45%).**

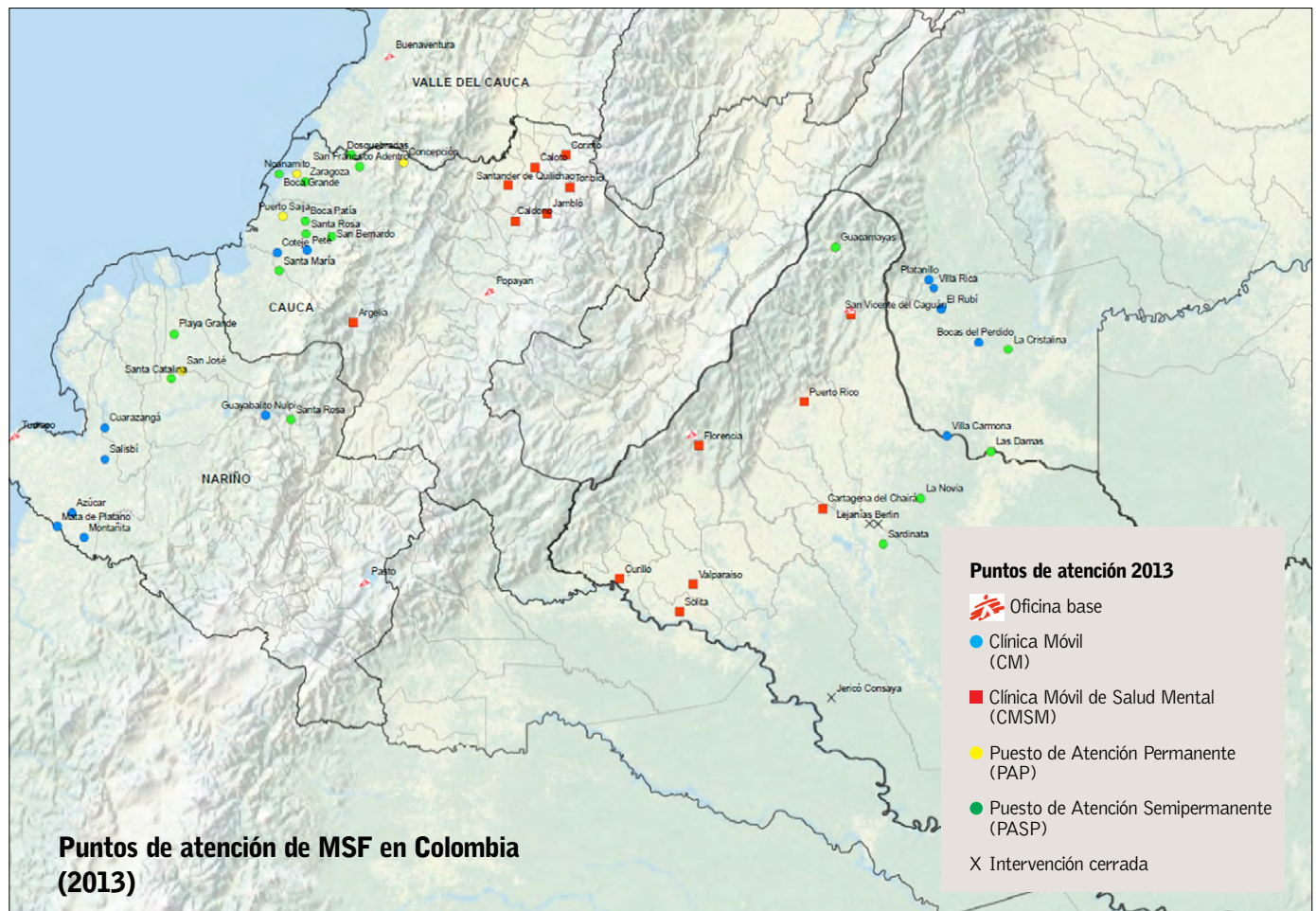
- **Los diagnósticos atendidos por MSF muestran necesidades importantes en los programas de promoción y prevención, concretamente en enfermedades respiratorias, desnutrición y enfermedad diarreica aguda en menores, en salud sexual y reproductiva** —incluyendo planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, prevención de la violencia sexual y control de la gestante durante y después del parto, así como el control de recién nacidos y menores de un año—, **y en el manejo adecuado de pacientes crónicos hipertensos, epilépticos y diabéticos.**

- El tiempo entre la remisión y la atención desempeña un papel importante a la hora de valorar las posibilidades de resolución de un caso y de recuperación del paciente. **Los pacientes dilatan la búsqueda de ayuda en las estructuras de salud si deben asumir el coste del transporte.** Asimismo, cuando los pacientes atienden la remisión con rapidez, se ha comprobado que los hospitales locales reaccionan más rápido no tanto ante la necesidad misma de asistencia del paciente como ante la presencia de personal de MSF que le acompaña.

- **Las acciones de trabajo social se convierten en facilitadores de acceso,** especialmente todas las que tienen que ver con información, orientación y acompañamiento de los pacientes.

Anexos

Mapa de puntos de atención de MSF en 2013



Modos de gestión de la estrategia de MSF

Para la puesta en marcha de un proyecto de atención en salud primaria en zonas rurales, la organización es tan importante como el contenido de los servicios. A continuación, se detallan algunos elementos esenciales de gestión de la estrategia utilizada por MSF:

- Se establecieron **equipos de trabajo**, cada uno de ellos compuesto por un médico, una enfermera, un psicólogo, un logista y un supervisor de actividades. En general, se contó con un equipo encargado de la atención de cada PAP, cada uno de ellos con dos PASP bajo su responsabilidad. En lugares como Caquetá, donde no se creó la modalidad PAP, dos equipos cubrían las Clínicas Móviles y los PASP.

Como parte fundamental de la preparación, cada profesional pasa por una etapa de orientación previa al inicio de su labor en MSF, en la cual **se aclaran sus responsabilidades, límites, normas de la misión médica, conducta esperada, material disponible y contexto, y se repasan protocolos y normas de control de calidad.**

- **La base del proyecto** se ubica en una cabecera municipal con facilidad para acceder a las zonas de intervención, y en la que hay al menos un hospital clave para las referencias y otros actores de salud. En la cabecera no hay atención médica o psicológica de MSF, pero se cuenta con la figura del **trabajador social**, que es el encargado de registrar las referencias y hacer su seguimiento, acompañando y apoyando a los pacientes. Asimismo, desde la base se gestiona el aprovisionamiento de material médico y medicamentos para los puntos de atención, bajo la responsabilidad del **regente de farmacia**.

- La supervisión de los equipos en terreno está a cargo de un profesional de la salud (normalmente enfermero), mientras que en la base existe un **punto médico de referencia (punto focal)**, quien gestiona todo el personal sanitario del proyecto.

- **Las salidas a terreno se programan** con una antelación mensual, e incluyen una preparación previa del material logístico, médico, de comunicación y de transporte.

- **Alojamiento:** para el caso del PAP, el equipo cuenta con una casa dotada y habitable para pernoctar y convivir. En el caso del PASP, se pernocta en el mismo puesto de salud, en tiendas. Y para la Clínica Móvil, el equipo permanece en el lugar donde se realiza la atención o en algún espacio que la comunidad ceda temporalmente para este fin.

- **Protocolos:** MSF cuenta con protocolos de manejo clínico y guía de medicamentos esenciales, con los cuales es posible asegurar la calidad de la atención y la estandarización de procedimientos. Estos protocolos están dedicados a las patologías más comunes en las áreas de intervención y se articulan con el sistema local de salud.

- **Control de calidad:** existe una supervisión directa basada en la revisión mensual del 10% de las prescripciones médicas para cada profesional, en la que se chequea y califica la correlación entre signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento suministrado. A su vez, MSF cuenta con un soporte de especialistas asesores, quienes validan las marcas de medicamentos e insumos, velando por que sean de calidad comprobada.

Promedio de diagnósticos en control prenatal (CPN):³⁰

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS TRATADOS POR MSF EN CAUCA (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	Ruptura de membranas	Hemorragia	Muerte fetal intrauterina	Otras
19	35	377	11	1	10	5	17	4	340
2%	4%	46%	1%	0%	1%	1%	2%	0%	42%

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS REMITIDOS A UN NIVEL DE MAYOR RESOLUCIÓN EN CAUCA (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Pre-eclampsia	Complicaciones en el parto	Ruptura de membranas	Hemorragia	Aborto	ARO	Complicaciones en el embarazo	Atención al parto	Aborto mortinato previo	Afecciones del periodo perinatal	Malformaciones congénitas
1	3	3	5	9	2	1	17	59	24	4	5	1	1
1%	2%	2%	4%	7%	1%	1%	13%	43%	18%	3%	4%	1%	1%

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS TRATADOS POR MSF EN CAQUETÁ (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	Ruptura de membranas	Hemorragia	Muerte fetal intrauterina	Otras
4	390	75	1	0	1	0	2	0	132
1%	64%	12%	0,2%	0%	0,2%	0	0,3%	0%	22%

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS REMITIDOS A UN NIVEL DE MAYOR RESOLUCIÓN EN CAQUETÁ (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Pre-eclampsia	Complicaciones en el parto	Ruptura de membranas	Isoinmunización	Aborto	ARO	Complicaciones en el embarazo	Atención al parto	RCIU	Afecciones del periodo perinatal	Malformaciones congénitas
3	1	3	1	3	1	6	4	66	10	2	2	1	1
3%	1%	3%	1%	3%	1%	6%	4%	62%	10%	2%	2%	1%	1%

30 Las siglas de las tablas de este apartado representan las siguientes patologías o condiciones médicas: ITS: infección de transmisión sexual; IVU: infección de las vías urinarias; ARO: alto riesgo obstétrico; RCIU: restricción del crecimiento intrauterino; IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS TRATADOS POR MSF EN NARIÑO (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	Ruptura de membranas	Hemorragia	Muerte fetal intrauterina	Otras
1	176	42	3	1	0	3	0	168	356
0%	23%	6%	1%	0,3%	0%	1%	0%	22%	47%

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS REMITIDOS A UN NIVEL DE MAYOR RESOLUCIÓN EN NARIÑO (2012-2013)

Anemia	ITS	IVU	Pre-eclampsia	Isoinmunización	RCIU	Hemorragia	Aborto	ARO	Complicaciones del embarazo	IVE	Aborto mortinato previo	Afecciones del periodo perinatal	Malformaciones congénitas
2	5	3	8	2	1	1	2	22	1	1	1	2	1
4%	10%	6%	15%	4%	1%	1%	3%	44%	1%	2%	2%	3%	2%

Infografías sobre atención en salud^{31, 32, 33}

Cauca-Pacífico, Equipo Número 1: PAP Puerto Saija con PASP Boca de Patía. Timbiquí.

*Datos promediados de 2012 y 2013



Salida a PASP
una vez al mes



PAP PUERTO SAIJA

Población de influencia: 3.402 personas

Cobertura de población: 84%

Cobertura de tiempo/año: 45%

Hospital I Nivel: Timbiquí
Distancia: 1 h. Transporte: fluvial
Coste: 50.000 \$

Hospital II Nivel: Buenaventura
Distancia: 5 h. Transporte: fluvial

Hospital III Nivel: Popayán o Cali
Distancia: 1h 40 mn
Transporte: fluvial y aéreo

163,5
días de atención
al año



13,6
días de atención
al mes

5.957
pacientes al
año (total)



2.845
pacientes
nuevos al año



5 partos atendidos
al año
121 gestantes al año
10 gestantes al mes
298 controles prenatales
al año
25 controles prenatales
al mes

677 consultas de
planificación familiar
al año



56 consultas
de planificación
familiar al mes

4.307
consultas médicas
al año



359
consultas
médicas al mes



358
consultas de salud
mental al año

30
consultas de salud
mental al mes



852
consultas de crecimiento
y desarrollo al año

71
consultas de crecimiento
y desarrollo al mes

192
pacientes
remitidos a
un nivel
superior de
atención



PASP BOCA DE PATÍA

Población de influencia: 3.375 personas

Cobertura de población: 24%

Cobertura de tiempo/año: 9,3%

Hospital I Nivel: Timbiquí
Distancia: 3 h. Transporte: fluvial
Coste: 100.000 \$

Hospital II Nivel: Buenaventura
Distancia: 5 h. Transporte: fluvial

Hospital III Nivel: Popayán o Cali
Distancia: 1 h 40 mn. Transporte:
fluvial y aéreo

34
días de atención
al año



2,8
días de atención
al mes

1.586
pacientes al
año (total)



722
pacientes
nuevos al año

1.033
consultas médicas
al año



102
consultas
médicas al mes



169
consultas de salud
mental al año

17
consultas de salud
mental al mes



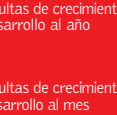
0 partos atendidos
al año
32 gestantes al año
3 gestantes al mes
102 controles prenatales
al año
10 controles prenatales
al mes

234 consultas de
planificación familiar
al año



24 consultas
de planificación
familiar al mes

295
consultas de crecimiento
y desarrollo al año



30
consultas de crecimiento
y desarrollo al mes

34
pacientes
remitidos a
un nivel
superior de
atención



31 Las actividades médicas mencionadas mediante siglas en las infografías son las siguientes:
SM: salud mental; CPN: control prenatal; PF: planificación familiar; CYD: crecimiento y desarrollo.

32 Las distancias a los hospitales de I, II y III nivel se calculan siempre desde el punto de atención.

33 Todos los costes están expresados en pesos colombianos.

Cauca-Pacífico, Equipo Número 2: PAP Noanamito con PASP Zaragoza y PASP Boca Grande. López de Micay.

*Datos promediados de 2012 y 2013

PAP NOANAMITO

Población de influencia: 2.851 personas

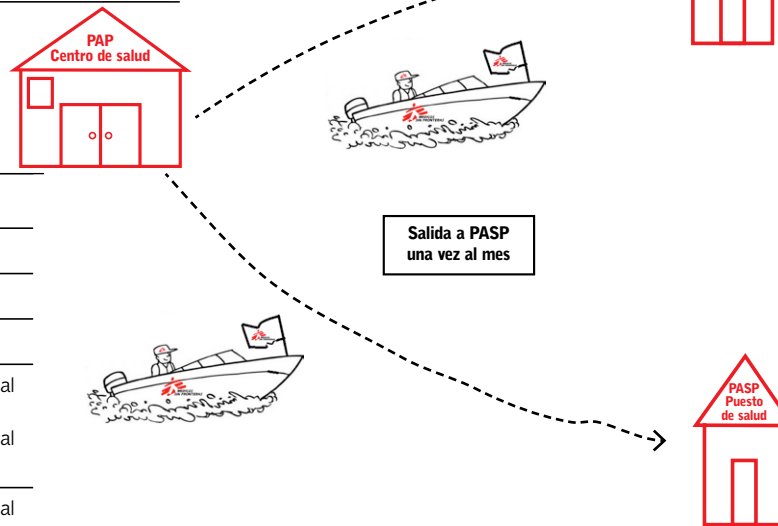
Cobertura de población: 67%

Cobertura de tiempo/año: 39%

Hospital I Nivel: López de Micay
Distancia: 2 h. Transporte: fluvial
Coste: 40.000 \$
Puerto Merizalde
Distancia: 1 h. Transporte: fluvial
Coste: 300.000 \$³⁴

Hospital II Nivel: Buenaventura
Distancia: 3 h. Transporte: fluvial
Coste: 80.000 \$

Hospital III Nivel: Cali
Distancia: 8 h. Transporte: fluvial
y terrestre. Coste: 22.000 \$



PASP ZARAGOZA

Población de influencia: 1.975 personas

Cobertura de población: 47%

Cobertura de tiempo/año: 8,2%

Hospital I Nivel: López de Micay
Distancia: 1 h 30 mn
Transporte: fluvial. Coste: 30.000 \$

Hospital II Nivel: Buenaventura
Distancia: 4 h
Transporte: fluvial. Coste: 100.000 \$

Hospital III Nivel: Cali
Distancia: 9 h. Transporte: fluvial y terrestre. Coste: 130.000 \$



PASP BOCA GRANDE

Población de influencia: 1.890 personas

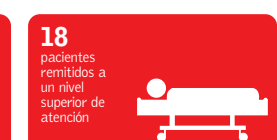
Cobertura de población: 37%

Cobertura de tiempo/año: 11%

Hospital I Nivel: Puerto Merizalde
Distancia: 1 h 30 mn
Transporte: fluvial. Coste: 350.000 \$

Hospital II Nivel: Buenaventura
Distancia: 3 h 30 mn
Transporte: fluvial. Coste: 100.000 \$

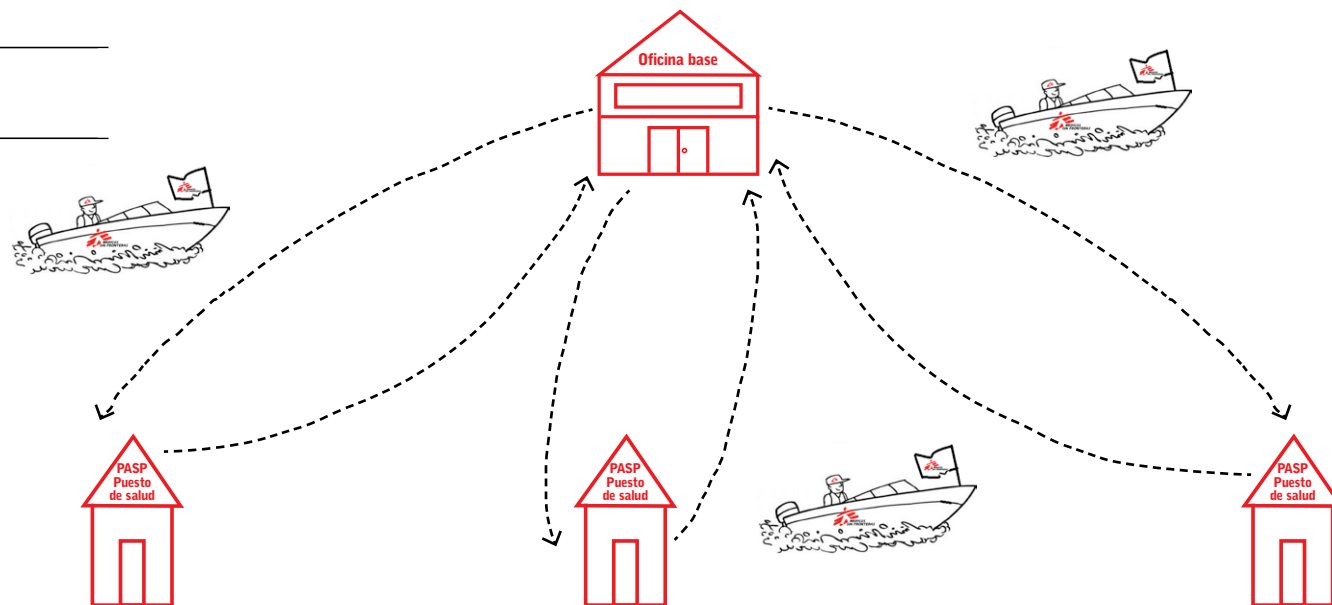
Hospital III Nivel: Cali
Distancia: 9 h. Transporte: fluvial y terrestre. Coste: 22.000 \$



³⁴ No existe ruta regular de Noanamito a Puerto Merizalde, por lo que el coste es el de un viaje organizado exclusivamente para la referencia del paciente.

Cauca-Pacífico, Equipo Número 3: PASP y CM. Timbiquí.

*Datos promediados de atenciones 2012 y 2013



PASP SAN BERNARDO

Población	2.346
Cobertura de población³⁵	39%
Cobertura de tiempo	8%
Días de atención/año	29,5
Total de pacientes/año³⁶	1.887
Consultas médicas/año	1.266
Consultas SM/año	98
CPN/año	59
PF/año	214
CYD/año	388
Remitidos/año	33

PASP COTEJE

Población	1.207
Cobertura de población	38%
Cobertura de tiempo	4%
Días de atención/año	15
Total de pacientes/año	966
Consultas médicas/año	614
Consultas SM/año	67
CPN/año	26
PF/año	217
CYD/año	92
Remitidos/año	21

PASP SANTA ROSA

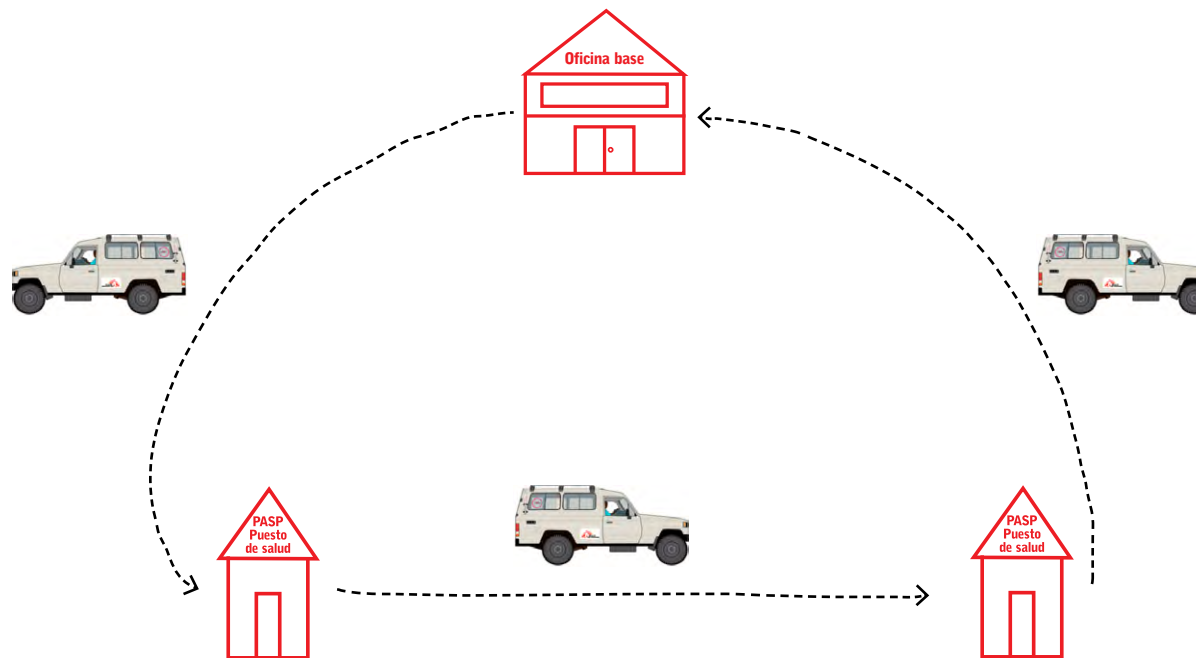
Población	1.915
Cobertura de población	48%
Cobertura de tiempo	6,9%
Días de atención/año	25,5
Total de pacientes/año	1.428
Consultas médicas/año	861
Consultas SM/año	95
CPN/año	46
PF/año	202
CYD/año	301
Remitidos/año	28

35 Calculada teniendo en cuenta población nueva.

36 Incluye pacientes nuevos y seguimientos.

Caquetá, Equipo Número 1: PASP San Vicente del Caguán.

*Datos promediados de atenciones 2012 y 2013



PASP CRISTALINA

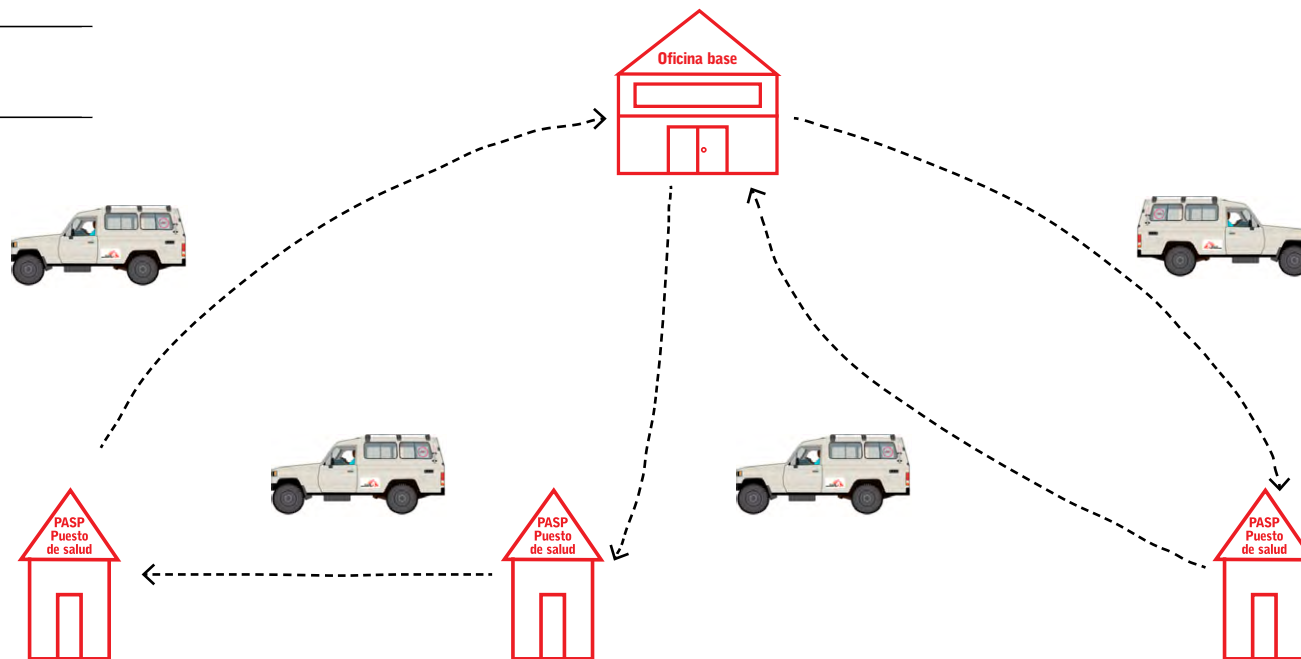
Población	2.217
Cobertura de población	49%
Cobertura de tiempo	5,2%
Días de atención/año	19
Total de pacientes/año	2.158
Consultas médicas/año	1.249
Consultas SM/año	221
CPN/año	81
PF/año	210
CYD/año	737
Remitidos/año	158

PASP LAS DAMAS

Población	1.152
Cobertura de población	81%
Cobertura de tiempo	6%
Días de atención/año	21
Total de pacientes/año	1.732
Consultas médicas/año	878
Consultas SM/año	161
CPN/año	43
PF/año	226
CYD/año	677
Remitidos/año	92

Caquetá, Equipo Número 1: CM. San Vicente del Caguán.

*Datos promediados de atenciones 2012 y 2013



CM PLATANILLO

Población	506
Cobertura de población	69%
Cobertura de tiempo	2,1%
Días de atención/año	8
Total de pacientes/año	741
Consultas médicas/año	330
Consultas SM/año	41
CPN/año	21
PF/año	76
CYD/año	330
Remitidos/año	32

CM VILLA RICA

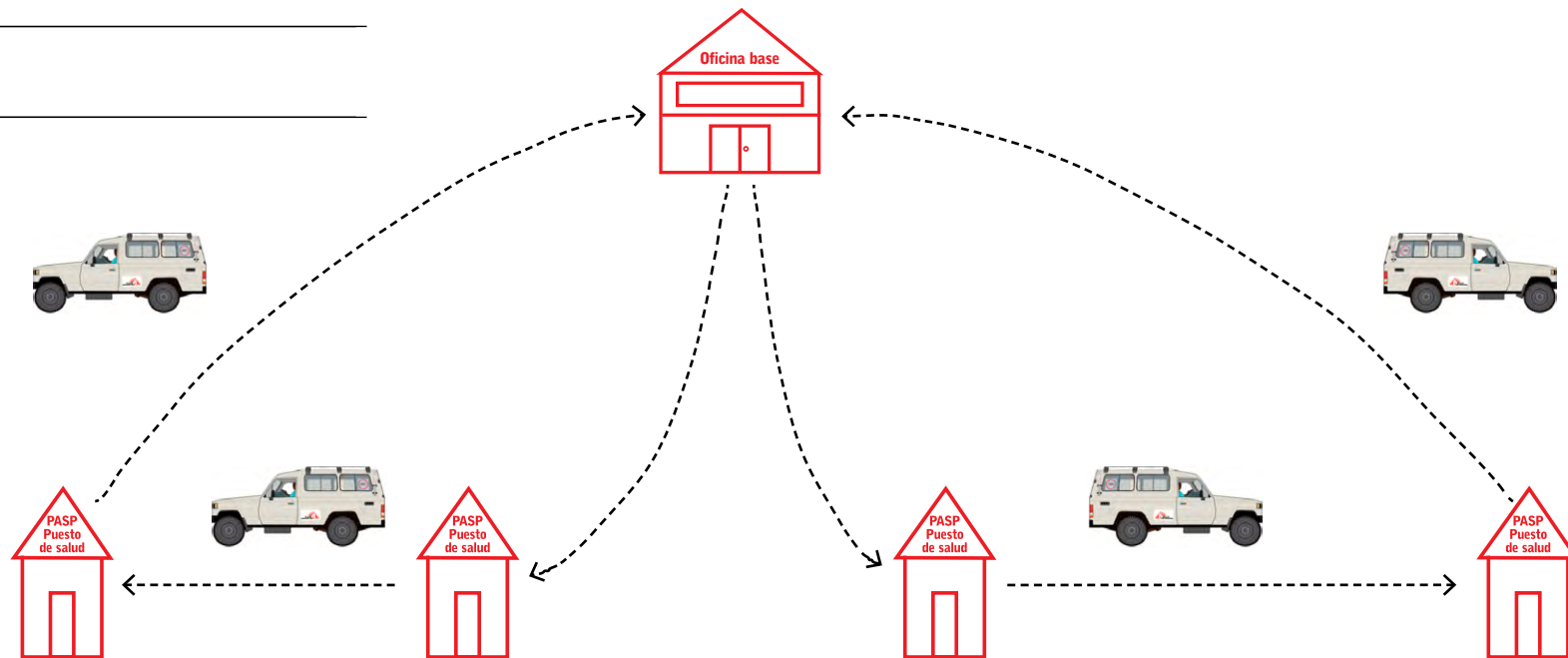
Población	726
Cobertura de población	60%
Cobertura de tiempo	2%
Días de atención/año	7,5
Total de pacientes/año	730
Consultas médicas/año	356
Consultas SM/año	37
CPN/año	28
PF/año	71
CYD/año	302
Remitidos/año	36

CM BOCAS DEL PERDIDO

Población	698
Cobertura de población	26%
Cobertura de tiempo	1,2%
Días de atención/año	4,5
Total de pacientes/año	327
Consultas médicas/año	176
Consultas SM/año	28
CPN/año	8
PF/año	43
CYD/año	127
Remitidos/año	11

Caquetá, Equipo Número 1: CM. San Vicente del Caguán.

*Datos promediados de atenciones 2012 y 2013



CM CAMUYA	
Población	120
Cobertura de población	88%
Cobertura de tiempo	1%
Días de atención/año	3
Total de pacientes/año	176
Consultas médicas/año	86
Consultas SM/año	19
CPN/año	0
PF/año	0
CYD/año	70
Remitidos/año	7

CM EL RUBÍ	
Población	432
Cobertura de población	100%*
Cobertura de tiempo	1,5%
Días de atención/año	5,5
Total de pacientes/año	679
Consultas médicas/año	324
Consultas SM/año	43
CPN/año	18
PF/año	74
CYD/año	305
Remitidos/año	14

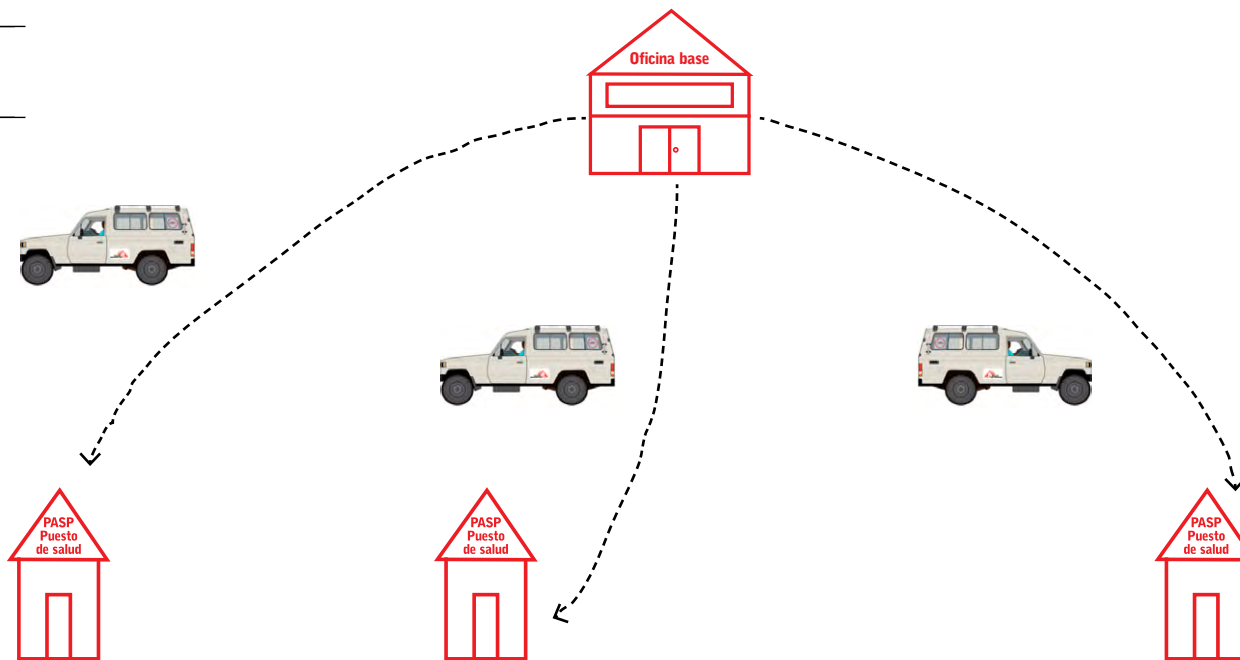
CM EL TRIUNFO	
Población	94
Cobertura de población	66%
Cobertura de tiempo	1%
Días de atención/año	3
Total de pacientes/año	127
Consultas médicas/año	83
Consultas SM/año	20
CPN/año	1
PF/año	12
CYD/año	54
Remitidos/año	4

CM JERICÓ COMSAYA	
Población	560
Cobertura de población	39%
Cobertura de tiempo	1%
Días de atención/año	3
Total de pacientes/año	263
Consultas médicas/año	114
Consultas SM/año	10
CPN/año	10
PF/año	21
CYD/año	158
Remitidos/año	5

*El 100% de cobertura en El Rubí responde a un error interno en el cálculo de la población de referencia.

Caquetá, Equipo Número 1: CM. San Vicente del Caguán.

*Datos promediados de 2012 y 2013



CM LA NOVIA

Población	1.475
Cobertura de población	39%
Cobertura de tiempo	2%
Días de atención/año	8
Total de pacientes/año	875
Consultas médicas/año	526
Consultas SM/año	86
CPN/año	36
PF/año	98
CYD/año	339
Remitidos/año	15

CM LA TUNIA

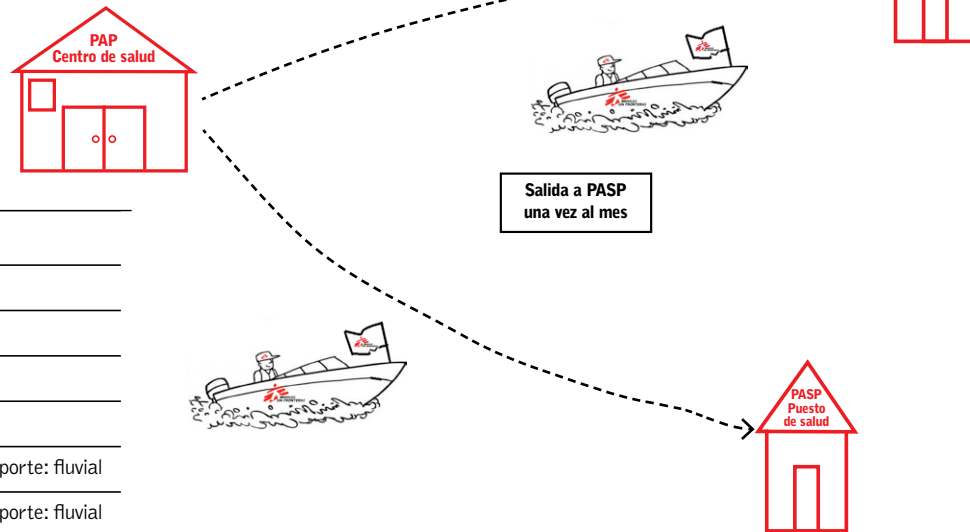
Población	100
Cobertura de población	69%
Cobertura de tiempo	1%
Días de atención/año	3
Total de pacientes/año	125
Consultas médicas/año	56
Consultas SM/año	14
CPN/año	1
PF/año	9
CYD/año	60
Remitidos/año	1

CM VILLA CARMONA

Población	757
Cobertura de población	56%
Cobertura de tiempo	2%
Días de atención/año	8,5
Total de pacientes/año	803
Consultas médicas/año	395
Consultas SM/año	67
CPN/año	16
PF/año	118
CYD/año	314
Remitidos/año	45

Nariño, Equipo Número 1: PAP San José, PASP Playa Grande, y PASP Santa Catalina. El Charco.

*Datos promediados de 2012 y 2013



PAP SAN JOSÉ DEL CHARCO

Población de influencia: 3.723 personas

Municipio: El Charco

Cobertura de población: 49%

Cobertura de tiempo/año: 43%

Hospital I Nivel: El Charco Distancia: 4 h. Transporte: fluvial

Hospital II Nivel: Tumaco Distancia: 6 h. Transporte: fluvial

Hospital III Nivel: Pasto Distancia: 14 h
Transporte: fluvial y terrestre



PASP PLAYA GRANDE

Población de influencia: 1.600 personas

Municipio: El Charco

Cobertura de población: 51%

Cobertura de tiempo/año: 5,4%

Hospital I Nivel: El Charco Distancia: 2 h. Transporte: fluvial

Hospital II Nivel: Tumaco Distancia: 5 h. Transporte: fluvial

Hospital III Nivel: Pasto Distancia: 13 h
Transporte: fluvial y terrestre



PASP SANTA CATALINA

Población de influencia: 1.080 personas

Municipio: El Charco

Cobertura de población: 56%

Cobertura de tiempo/año: 5,3%

Hospital I Nivel: El Charco Distancia: 5 h. Transporte: fluvial

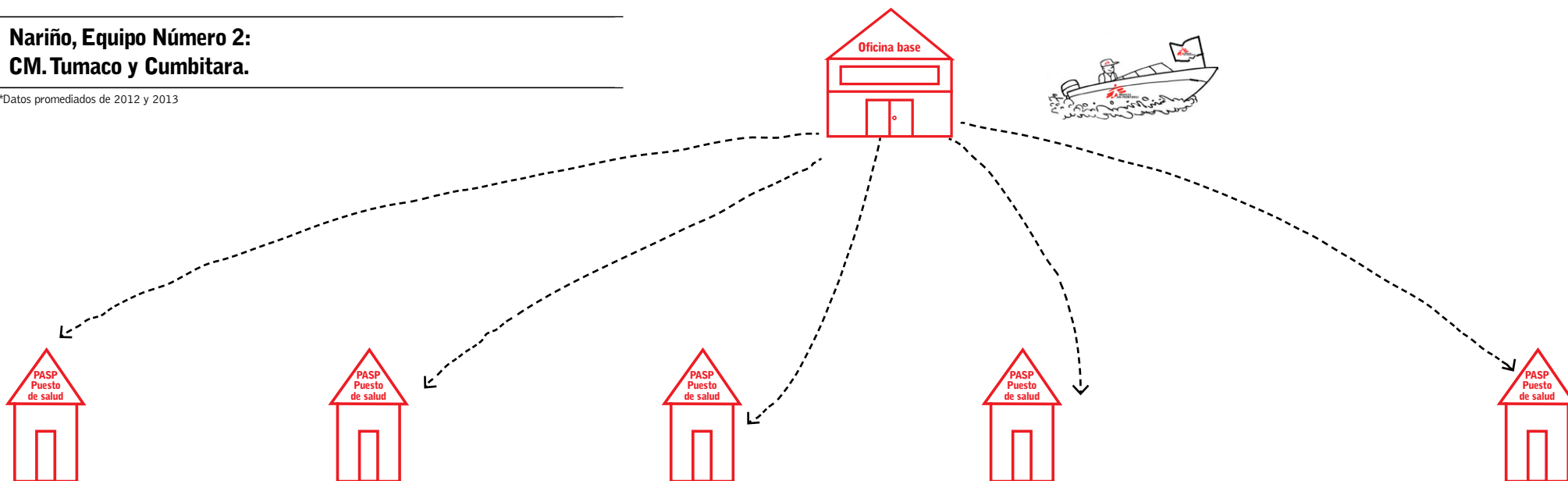
Hospital II Nivel: Tumaco Distancia: 7 h. Transporte: fluvial

Hospital III Nivel: Pasto Distancia: 15 h
Transporte: fluvial y terrestre



Nariño, Equipo Número 2: CM. Tumaco y Cumbitara.

*Datos promediados de 2012 y 2013



CM AZÚCAR

Población	1.235
Municipio	Tumaco
Cobertura de población	15%
Cobertura de tiempo	3%
Días de atención/año	11,5
Total de pacientes/año	223
Consultas médicas/año	105
Consultas SM/año	42
CPN/año	12
PF/año	31
CYD/año	118
Remitidos/año	7

CM GUAYABALITO

Población	1.457
Municipio	Cumbitara
Cobertura de población	38,5%
Cobertura de tiempo	4%
Días de atención/año	15
Total de pacientes/año	959
Consultas médicas/año	781
Consultas SM/año	0
CPN/año	34
PF/año	180
CYD/año	413
Remitidos/año	4

CM CUARAZANGA

Población	2.210
Municipio	Tumaco
Cobertura de población	19%
Cobertura de tiempo	3,4%
Días de atención/año	12,5
Total de pacientes/año	1.153
Consultas médicas/año	472
Consultas SM/año	45
CPN/año	20
PF/año	70
CYD/año	348
Remitidos/año	36

CM SALISBÍ

Población	1.105
Municipio	Tumaco
Cobertura de población	39%
Cobertura de tiempo	5%
Días de atención/año	18,5
Total de pacientes/año	759
Consultas médicas/año	442
Consultas SM/año	41
CPN/año	16
PF/año	81
CYD/año	342
Remitidos/año	9

CM SANTA ROSA

Población	2.606
Municipio	Cumbitara
Cobertura de población	49%
Cobertura de tiempo	10%
Días de atención/año	37,5
Total de pacientes/año	2.557
Consultas médicas/año	1.924
Consultas SM/año	172
CPN/año	100
PF/año	498
CYD/año	828
Remitidos/año	0

Escrito y editado por
Médicos Sin Fronteras
Octubre de 2014

www.msf.es

