

Remembranza al Equipo Médico Itinerante (EMI), una experiencia de equidad, eficiencia y solidaridad del Hospital Regional Docente de Cajamarca

Tito Urquiaga Melquiades ^{1*}, Martín Albán Olaya ², Luis Pinillos Vilca³, Segundo Bueno Ordoñez ⁴, María García Izquierdo⁵, Jhony Tacilla Castrejón ⁶

Resumen

El EMI nace el año 1997 en momentos de inmensas inequidades sanitarias donde la población, especialmente rural de localidades alejadas carecían de acceso y cobertura en salud. Con el objetivo de contribuir a la equidad sanitaria, durante los años 1997 y 98 se realizaron 13 salidas regulares a 11 establecimientos de salud para brindar atención médica compartiendo ambientes físicos, personal y parte de los ingresos recaudados. Resultados: 4,628 actividades médicas de ellas 3,545 (76,6%) fueron consultas, 129 (2,78%) endoscopías, 127 (2,74%) intervenciones quirúrgicas, entre otras. Con esta experiencia el EMI demostró ser eficaz para posibilitar acceso, cobertura, y equidad. Poblaciones alejadas, de acceso difícil, dispersas, mayormente rurales, pobres o muy pobres, sin protección social, se beneficiaron de una atención médica ambulatoria especializada, tecnología diagnóstica y medicamentos para daños complejos que sólo hay en las grandes ciudades, observando siempre calidad de atención, mínima morbilidad y tiempos de espera cortos. Posteriormente, episódicamente y hasta el año 2018, se realizaron jornadas exitosas, con el apoyo de los seguros públicos (SEG, SMI, SIS)

Palabras Clave

Equipo Médico Itinerante— Equidad — Eficiencia

¹ Médico Cirujano General, Doctor en Ciencias, Docente de la Facultad de Medicina y Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

² Médico Gastroenterólogo, Maestro en Ciencias, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

³ Médico Gineco Obstetra, Maestro en ciencias, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

⁴ Médico Radiólogo, Doctor en ciencias, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

⁵ Médico Dermatólogo, miembro de la Sociedad Peruana de Dermatología

⁶ Médico Internista, Maestro en Ciencias, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

*Correspondencia: durquiaga@unc.edu.pe

Abstract

The EMI was born in 1997 at a time of immense health inequities where the population, especially rural in remote locations, lacked access and health coverage. With the aim of contributing to health equity, during 1997 and 1998, 13 regular trips were made to 11 health establishments to provide medical care, sharing physical environments, personnel and part of the income collected. Results: 4,628 medical activities, of which 3,545 (76.6%) were consultations, 129 (2.78%) endoscopies, 127 (2.74%) surgical interventions, among others. With this experience, the EMI proved to be effective in facilitating access, coverage, and equity. Remote populations, with difficult access, dispersed, mostly rural, poor or very poor, without social protection, benefited from specialized outpatient medical care, diagnostic technology and medications for complex injuries that are only available in large cities, always observing quality of care, minimal morbidity and short waiting times. Subsequently, episodically and until 2018, successful sessions were held, with the support of public insurance (SEG, SMI, SIS)

Keywords

Itinerant Medical Team — Equity — Efficiency

Introducción

La experiencia exitosa del Equipo Médico Itinerante (EMI) se inicia el año 1997, época en la cual, ante la crisis del estado de bienestar, en toda América Latina se venían consoli-

dando las recomendaciones neoliberales. En dicho contexto todas las políticas sanitarias priorizaban el libre mercado, se desvirtuó aún más el mensaje de Alma Ata y Atención Primaria de Salud (APS), los principios de promoción de

la salud y otros. [1]. En el Perú y toda América Latina se incrementaron aún más las inequidades sanitarias, se limitó o anuló las políticas de protección social y no había seguros o comenzaban a germinar. Así, existían grandes grupos poblacionales excluidos sin acceso ni cobertura sanitaria[1]. En ese marco, proponer y operativizar intervenciones sanitarias que tiendan a la equidad era una obligación moral de todos los profesionales de la salud y en ese contexto nace el EMI del Hospital Regional de Cajamarca (hoy Regional Docente).



Este escrito intenta rendir homenaje a los profesionales y todos los trabajadores que conformaron el EMI, excelentes seres humanos probablemente integrantes de una generación que ya no lo volveremos a tener.

El problema sanitario.

La Encuesta Nacional de Niveles de Vida, año 1997 [2], como evidencia de inequidad, demostró que: el 34,8 % de la población rural pobre no accedía a servicios de salud cuando los requería; la mayoría de población enferma o accidentada que no consultó fue por falta de dinero, al margen de su condición social; el 82,6 % de la población en extrema pobreza, el 66,8 % en pobreza no extrema y el 50,7 % de los no pobres, la razón de no consulta fue la falta de recursos económicos. Para acceder a un servicio de salud, del MINSA, EsSALUD, Sanidad-Militar, o sector privado, tenían y tienen que vencer obstáculos de inaccesibilidad económica, geográfica, social, cultural y funcional [2],[3],[4]. Como triste ironía, los asombrosos progresos de las ciencias biomédicas concentrados en las grandes ciudades, apenas se perciben en las zonas que más lo necesitan; los avances médicos se deben medir en función de las necesidades de todos; el menor esfuerzo y recurso debieran compartirse entre todos[5].

Entre los años 1990-2000 (y aún a la fecha), se afrontaron grandes inequidades en salud en América Latina, en el Perú y en Cajamarca de manera particular. Ante el cuestionamiento al modelo Keynesiano [6], se implementaron recetas neoliberales recomendadas por las agencias financieras internacionales que obligaron a reducir las funciones del Estado a solo regular y subvencionar programas y servicios esenciales de salud para indigentes y privatizar la prestación de los servicios de salud, aplicando un paquete de ajuste económico de la llamada nueva política social en tres ejes: focalizar los servicios públicos básicos en los más pobres,

descentralizar (para reducir gastos de salud del gobierno central) y privatizar los servicios sociales y públicos que antes eran subsidiados. Con dichas medidas, la política social regresionó, si bien podría haberse logrado una estabilidad macroeconómica sin embargo se incrementaron las brechas sociales, las inequidades, el desempleo y la pobreza que en el Perú era mayor al 50 %, [7] [8] [9]. En Cajamarca el año 2000, la pobreza monetaria total era 75.2 %, 49.4 % de pobreza extrema y 25.8 % de pobreza no extrema y estas eran mucho mayores en las zonas rurales [9]. Desde el año 1990, todos los establecimientos de salud del MINSA se vieron obligados a cobrar por los servicios que brindaban para poder sobrevivir “con sus ingresos propios”. Se implementó el programa de “Salud Básica” cuyo objetivo era la “Focalización del Gasto Social Básico en Salud” con lo cual se abrieron numerosos establecimientos de salud en todo el Perú pero que solo atendían patologías correspondientes a un “paquete básico de salud” focalizado para pobres o indigentes [10]. Hasta el año 1997 no había ningún tipo de seguro, aparte de algunos privados, EsSalud e Institutos Armados. En estas condiciones, la población pobre, al enfermarse, simplemente no acudía a los establecimientos de salud y, los gastos de bolsillo para cuidar la salud siempre fueron catastróficos aún para la población no pobre[2].

Desde el año 1997 se inicia el Seguro Escolar Gratuito (SEG); en el año 1999 el Seguro Materno Infantil (SMI) y el año 2001 el Seguro Integral de salud (SIS) [11]. El SEG contemplaba llegar a un grupo definido (focalizado) de individuos: niños y jóvenes entre 3 y 17 años matriculados en colegios públicos, mientras que el SMI tenía como objetivos a la madre gestante o en puerperio y al niño hasta los cuatro años [11]. Sin embargo, el porcentaje de niños que no se matriculaban y que no acudían a la escuela era muy elevado; así mismo, el porcentaje de partos institucionales eran bajos, por lo tanto, el impacto de estos seguros en la accesibilidad, cobertura, equidad e inclusión fue limitado. La motivación para implementar el SEG y SMI antes que cualquier preocupación real por el acceso, cobertura y equidad, fue una prioridad política, para paliar las altísimas tasas de mortalidad materna e infantil del país concentradas en los segmentos más pobres de la población[11].

Diseño y ejecución del EMI

En el Plan Estratégico 1997-2000 del HRC se concibió la idea del Equipo Médico Itinerante (EMI) [12]. El objetivo era llegar a localidades distantes (especialmente capitales de provincia), de difícil acceso (por esa época la mayoría de las carreteras interprovinciales estaban no asfaltadas) y carentes de servicios médicos especializados. En aquel entonces, el HRDC contaba con alrededor de 30 médicos y en el equipo de Gestión apoyaban 08 que fueron parte del primer contingente con que contaría el EMI. El desplazamiento sería los fines de mes, por dos o tres días. Esto ocurrió en forma sistemática y planificada de abril de 1997 a Diciembre 1998. Desde 1999 al año 2018 se realizaron salidas episódicas pero iguales de exitosas.

Primera salida (abril del 1997) a Sunchubamba con Médicos David Matzunaga T (Neurólogo), Víctor Chávez Rojas (Pediatra), Alberto Pinillos Vilca (Ginecólogo), Juan Jave

Ortiz (Internista), María García I (Dermatóloga), Segundo Bueno O, nuestro recordado Abraham Pajares y otros más, fue una buena experiencia rica en anécdotas. Otras salidas, como el año 2008, fueron a Santa Cruz, San Miguel y otros con los Médicos: Martín Albán, Ramón Morales, Alberto Pinillos, Carmen Sagastegui, Jorge Vergara C, María García, José Ferrel, José Rojas N y otros, más el equipo de farmacia y Técnicos para algunos exámenes auxiliares propios de pacientes SIS.

Los médicos conformantes del EMI, fueron básicamente: Internista, Cirujano General, Ginecoobstetra, Pediatra, Gastroenterólogo, Dermatólogo, Neurólogo, Cardiólogo, Anestesiólogo, Ecografista y Enfermeras; episódicamente: Otorrino, Cirujano de Cabeza y Cuello, Reumatólogo, Urologo, Neumólogo y Cirujano Dentista. En 1998, para llevar medicamentos de los seguros (SEG, SMI, luego SIS), se incluyó un Químico Farmacéutico y su técnico, así como un tecnólogo en laboratorio Clínico. El objetivo era desplazar-se a capitales de provincias y solucionar ambulatoriamente una demanda no atendida, inducir una demanda oculta y la demanda que no se podía atender transferirlo al HRC (luego HRDC).

Tabla 1. Actividades realizadas por el EMI

Actividad	Número	Porcentaje
Consulta médica	3545	76,59
Muestras para Papanicolau	191	4,12
Ecografías	188	4,06
Endoscopias	129	2,78
Intervenciones quirúrgicas	127	2,74
Electrocardiogramas	61	1,31
Biopsias de tumores superficiales	30	0,64
Infiltraciones	21	0,45
Cauterizaciones	13	0,28
otros	323	6,97

Fuente: Elaboración propia

Las salidas y rutas del EMI

Las salidas se preparaban 20 a 30 días antes de la jornada de atención. El jefe de Comunicaciones y a veces una Asistente Social del hospital, visitaban y/o coordinaban con el establecimiento de salud a visitar definiendo: las especialidades médicas, equipos, medicamentos e insumos a llevar, el apoyo con su personal, ambientes y equipos, compartir responsabilidades e ingresos (como no había seguros, todo se cobraba), e implementar la difusión. El apoyo de las autoridades locales fue valioso. Se contó con el apoyo del Gobierno Regional (Sub Región), de Dirección Regional de Salud y otros. El traslado fue en vehículos del hospital (a veces de DIRESA o APRISABAC), muy antiguos, incómodos y posibles de cualquier deterioro; las carreteras eran trochas carrozables en pésimo estado; los viajes nunca fueron cómodos o placenteros. Cada integrante del EMI solo recibía como pago los viáticos según normas del sector y el agradecimiento de la población.

En el establecimiento visitado se atendía todo el día, a toda

la demanda, las intervenciones quirúrgicas se realizaban incluyendo la noche, era tanto el entusiasmo y compromiso de los participantes del EMI que nunca les interesó “pago de horas extras”. En los primeros años nuestra brillante “Anestesióloga” fue la Licenciada Norma Sánchez Aguirre (capacitada en anestesia). A veces nos apoyaron las Licenciadas Victoria Romero y Nelly Mundaca (capacitadas en anestesia) del Hospital de Chota. El HRC solo contaba inicialmente con un Anestesiólogo y desplazarlo con el EMI hubiera significado desabastecer al hospital.

Los criterios básicos del trabajo del EMI fueron:

- Realizar una atención médica ambulatoria, especializada, itinerante, efectiva y de calidad, cuyos diagnósticos y tratamientos estén basados en criterios clínicos con mínimos exámenes auxiliares.
- Realizar procedimientos de diagnóstico o tratamiento con tecnología del hospital que se pudiera desplazar sin riesgo de deterioro o que los tenga el establecimiento visitado.
- Autofinanciarse con los ingresos directamente recaudados (RDR) del HRDC, incrementar la cobertura asistencial y de ser posible incrementar nuestros RDR.
- Fomentar el trabajo en equipo y promocionar las especialidades médicas. Capacitación en servicio.
- Inducir demanda o atender una demanda insatisfecha u oculta
- Compartir responsabilidades, ingresos, equipos, personal e infraestructura con el establecimiento visitado.
- La morbilidad y mortalidad: mínima o cero.

Algunas especialidades se adaptaron perfectamente a la atención ambulatoria, como Dermatología, cuyos diagnósticos en un alto porcentaje son clínicos y sus mejores recursos son sus conocimientos, sus ojos y una lupa. Las actividades médicas mayormente eran pagadas por el paciente con tarifas diferenciadas (igual o menores a las cobradas en el HRC), en los últimos años cubiertas por SEG, SMI o SIS, siendo exonerados los indigentes cuando no había seguros. Lo fundamental era cumplir con principios de equidad, facilitar el acceso e inducir demandas. Se comprobó que muchos pacientes no conocían la Ciudad de Cajamarca, el HRC y las especialidades que ofertaba, por lo que simplemente no acudían a consultar o preferían otras opciones. Con el EMI se insistió y consiguió brindar una atención médica ambulatoria de calidad, bajo principios de: historia clínica correcta con exploración física cuidadosa, empleo de la inteligencia humana en el proceso diagnóstico, calor humano, tolerancia y comprensión, condiciones imprescindibles para la calidad del acto Médico [13].

Los pacientes atendidos en las Jornadas del EMI, en uno o dos días tenían resuelta su demanda: consulta, análisis y



Figura 1. EMI rumbo y en CS Sunchubamba

Tabla 2. HRDC: EMI. Total, de intervenciones quirúrgicas realizadas 1997 - 1998

Tipo de intervención	Número	Porcentaje	Anestesia		
			Local	Regional	General
Ablación de tumores subcutáneos	59	46	58	01	
Herniorrafias	22	17	01	21	
Anticoncepción quirúrgica voluntaria	09	07		09	
Cura quirúrgica de heridas	09	07	09		
Hemorroidectomias	06	05		06	
Fistulectomía anorrectal	04	03		04	
Colecistectomías	02	1.5		02	
Colpoperinorrafias	03	2.3		03	
Histerectomía abdominal	01	0.8		01	
Histerectomía vaginal	01	0.8		01	
Extirpación cuerpo extraño	02	1.5	02		
Legrado uterino	04	03			04
Quistectomía ovárica	01	0.8		01	
Otros	04	03	02	02	
TOTAL	127	100	72	51	04

Fuente: Informe del EMI 1997 – 1998

procedimientos que se puedan realizar, tratamiento, vuelta a casa satisfecho o transferido para mejor estudio. En cada localidad visitada la población acudió a solicitar atención, probablemente era una demanda no atendida u oculta para los profesionales de dicha localidad, que las Especialidades Médicas llevadas tanto clínicas como quirúrgicas indujeron, motivaron y atendieron como morbilidad especial.

El EMI se proyectó ampliar el ámbito de acción a localidades de frontera como Jaén, San Ignacio u otras y convertirse progresivamente en un Hospital Itinerante de actividad permanente. El año 2000 se diseñó el Proyecto: “EQUIPO MEDICO PARA ATENCIÓN ITINERANTE, EMERGENCIAS Y DESASTRES: EMIED” el cual fue entregado a diversas instituciones, pero no se consiguió apoyo

Trabajo del EMI: una alternativa diferente

Los profesionales y trabajadores que participaron en actividades del EMI - unos que salieron y otros que prepararon las salidas – mostraron gran entusiasmo y compromiso forjando progresivamente un equipo de alto rendimiento; con ellos se realizó un trabajo alternativo diferente como externalizar actos médicos tradicionalmente intrahospitalarios como: consulta ambulatoria por especialistas, cirugía mayor ambulatoria (CMA), cirugía de día (CD) o cirugía rural itinerante (CRI), procedimientos diagnósticos como endoscopia alta y baja, ecografías, electrocardiogramas, biopsias para estudio anatomopatológico, despistaje de cáncer gástrico, de cuello uterino, de piel y otros. Resolver en forma ambulatoria patologías que antes requerían hospitalización resultó en una mayor satisfacción del usuario, acceso más rápido a la atención de salud con mínimas complicaciones y sin alteración

Tabla 3. HRDC: EMI. Informe económico en nuevos soles 1997 - 1998

Localidad	Consultas	Viaticos	Saldo
	Ingresos	Gastos	
Celendín 1997	3722.00	2945.00	777.00
Cajabamba	2195.50	2115.00	80.50
Contumazá	2405.00	1870.00	535.20
San Miguel	2147.50	1590.00	557.50
San Marcos 1997	3113.25	1450.00	1663.25
Llapa	247.00	1188.60	-941.60
San Pablo	863.00	1100.00	-237.00
Asunción	1137.00	1080.00	57.00
Tongod	630.00	1035.00	-405.00
Bambamarca	2338.00	815.00	1523.00
Sunchubamba	180.00	665.00	-485.00
Celendín 1998	2143.10	658.00	1485.10
San Marcos 1998	460.00	250.00	210.00
TOTAL	21581.35	16761.00	4819.95

Fuente: Informe del EMI 1997 – 1998

de la vida familiar [14]. Excelentes profesionales como los



Figura 2. Ilustre Dr. Guillermo Sánchez Cabrera

Médicos: Guillermo Sánchez Cabrera, Rubén Alvarado Revoredo, David Matzunaga Torres, Juan Jave Ortiz, Carmen Sagástegui Posignon, Martín Albán Olaya, Luis Pinillos Vilca, Víctor Chávez Rojas, Jorge Vergara Castañeda, Margarita Isla Rojas, Segundo Bueno Ordóñez, Glenn Díaz G, Ramón Morales Nureña, Germán Custodio, María García I, José Ferrel, José Rojas Neyra, entre muchos otros más. No obstante, la incomodidad del transporte, todos participaron de las salidas del EMI con inmenso compromiso, renunciando gustosamente a percibir onerosos ingresos de la actividad privada, así como privarse de gozar del descanso del hogar de los fines de semana.

Mención especial a Licenciadas Norma Sánchez A, Digna Urbina A, Maruja Fernández L, Marta García F, Rosa Quispe C y otras más. Igual, a los Técnicos de transporte (choferes): señor Edmundo Briones C, César Sánchez, Amado Masabel, entre otros, que además participaron como nuestros tesoreros o cajeros itinerantes. En el EMI no había espectadores. El EMI movilizaba a todo el HRC, si bien muchos no salían, pero apoyaban gustosamente como Servicios Generales, la señora Mercedes Páez y su equipo de Tesorería y muchos más. Todos ellos fueron héroes de la equidad, solidaridad, inclusión y justicia social que realizó el EMI.

La CMA, CD o CRI orientada a patologías como hernias, hemorroides, fístulas, algunas colecistectomías, tumores superficiales y muchas otras más, realizadas bajo anestesia regional o local, con resultados igual de seguros que la cirugía convencional. Con ello se buscó motivar a muchos Cirujanos a cambiar y reconsiderar patrones de tratamiento netamente hospitalarios que conducían a incrementar costos, largas listas de espera y prolongadas estancias hospitalarias. Estos procedimientos deben estar dirigidos únicamente a patología para la cual estamos seguros de que tenemos los recursos y capacidad resolutive necesaria [15]. En localidades como Bambamarca, Cajabamba, Celendín, San Marcos, Santa Cruz, San Miguel, el EMI realizó con éxito cirugías de mediana complejidad, aplicando criterios de costos razonables (si no tenían seguro), ambulatorias o con hospitalización mínima (24 a 36 horas), antibiótico profilaxis, nutrición enteral y movilización precoz, suturas alternativas con nylon monofilamento, mini incisiones y de preferencia anestesia regional. En todas las cirugías realizadas, en el periodo 1997-1998, la morbilidad fue 3.14 % (4 de 127), no hubo mortalidad, igual en los años siguientes.

Según refieren otros autores [16] [17], con el trabajo del EMI se trató de cumplir con: integralidad de la atención, ampliar acceso y cobertura, elevar la capacidad resolutive y la calidad de servicios a ofertar de los establecimientos de salud, estimular la participación ciudadana y los esfuerzos Intersectoriales, tratando de actuar de forma transversal en los diferentes niveles de atención.

Fundamentos del trabajo del EMI

El problema de las grandes brechas, inequidad y falta de acceso a los servicios de salud continúa siendo tema de actualidad en los países de desarrollo medio a bajo como Perú. De manera que contar con un EMI de nivel hospitalario para atender a poblaciones alejadas con más del 70 % de ruralidad, más del 70 % de pobreza, carentes de servicios básicos y vías de comunicación, fue y seguirá siendo un instrumento invaluable, para disminuir brechas e inequidades, incrementar acceso y cobertura hacia una salud universal [8] [9]. Durante los años del 90 al 2000 (y más) se creó la ilusión de que solo el capital extranjero, las privatizaciones y el desarrollismo económico salvará al Perú (7,8). Organismos financieros internacionales invertían en capacitar personal y difundir los principios de las reformas neoliberales, que considera a la salud como una mercancía. Los países de las Américas, en mayor o menor grado, realizaron reformas en

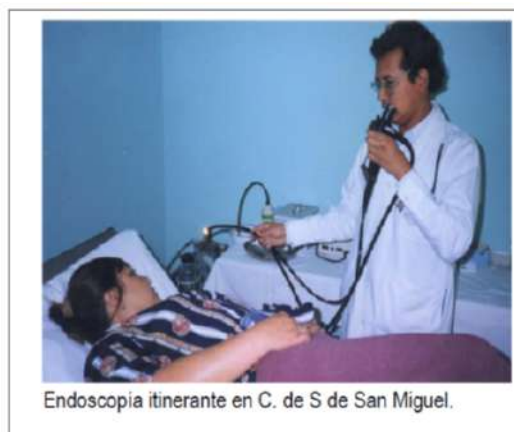


Figura 3. Jornadas y actividades del EMI

el sector de la salud. A pesar de las elevadas inversiones realizadas, el efecto de la mayor parte de dichas reformas sobre la salud y la equidad fue insuficiente o incluso negativo [8] [14]. Sin embargo, varios sectores mantuvieron el discurso justo sobre la Reforma en salud (La salud concebida como un bien social y como un derecho humano). El mensaje de Alma Ata y APS fue retomado, renovado, planteando nuevas tareas de reforma; se conformó la Comisión de Determinantes Sociales de la salud y sobre su informe en el año 2008 se añadieron recomendaciones enriquecedoras y es así como, en la actualidad se mantiene la recomendación de persistir en el enfoque de APS e implementar modelos de atención que consideren a la salud como derecho humano, con acceso y cobertura universal garantizando el cuidado de los ecosistemas [14] [16] [17]. La reforma hospitalaria era y es un tema prioritario en la modernización de los sistemas de salud. Los hospitales tradicionales, dedicados a actividades curativas dentro del enfoque biomédico, mayormente aislados del sistema de salud sin conformar redes integradas de salud (RIS), consumiendo gran proporción de los recursos de salud en todos los países de la región, y con mayor o menor grado de ineficiencia, progresivamente se están reformulando [16] [17]. Es evidente que los hospitales son necesarios, integrados a una RIS, priorizando el primer nivel. Así, no existirá un primer nivel de atención exitoso, debidamente fortalecido sin un eficiente hospital de referencia; por otro lado, ningún hospital de referencia será exitoso si no está perfectamente articulado con el primer nivel de atención en una RIS [16] [17]. La OMS considera que la equidad en la provisión de servicios de salud significa que los recursos humanos, tecnológicos y financieros, cumpliendo criterios de científicamente probados, socialmente aceptados y a un costo razonable, sean distribuidos en forma universal por el Estado, como bien público y como derecho humano, priorizando sectores más vulnerables. Si bien la equidad no entraña igualdad absoluta si implica un sentido de justicia; las inequidades se deben a determinantes estructurales que mantienen una injusta y evitable manera de distribuir el poder, el dinero y los recursos; la deficiente situación de salud de la población como la de Cajamarca, es un reflejo de estas inequidades [16] [17].

Resultados del trabajo del EMI

La predisposición de los integrantes del EMI por servir a la población fue el mejor estímulo para trabajar. Frente a la ausencia de tecnología y herramientas afloraba el ingenio para servir mejor. El EMI, entre 1997-1998 en 13 salidas realizó: 4,628 actividades médicas; 3545 consultas (76.6 % de las actividades) que incrementaron en 4.5 % el porcentaje de atenciones médicas del HRDC (ver tablas 1 y 2). Las Especialidades con más demanda fueron: Ginecoobstetricia, Pediatría, Dermatología, Medicina Interna, Gastroenterología, ecografías y Cirugía General. Las localidades donde más actividades se realizaron fueron: Celendín, San Marcos, Bambamarca, Contumazá, San Miguel-Llapa, La Asunción, Cajabamba y otros. En las 13 salidas, en el periodo 1997-98 (según informes de Tesorería del HRC), se gastó de los RDR del Hospital S/. 16,761 nuevos soles, es decir, cada salida costó S/. 1,289.30 nuevos soles equivalente a. 384.86 dólares. Para los Establecimientos visitados quedó S/. 5,399.75 y para el HRDC un saldo de S/ 4,819.95 nuevos les como RDR, luego de reponer lo invertido (ver tabla 3). En la experiencia del EMI se deben resaltar: generar ingreso económico en cada salida que ayudó al autofinanciamiento; en los 2 años iniciales se visitó 11 establecimientos de salud, en 10 de ellos se dejó hasta el 25 % del dinero recaudado, desde S/.50.00 (La Asunción) a S/. 1,260.00 nuevos soles (Bambamarca) producto de la recaudación por las actividades realizadas y que le correspondía por aportar con personal de apoyo, ambientes, equipo, promoción y difusión. El total de dinero dejado para los establecimientos visitados (S/. 5,399.75) superó varias veces sus ingresos mensuales por RDR.

Actualidad y vigencia del EMI

La experiencia con el EMI demostró ser eficaz para posibilitar acceso, cobertura, equidad y solidaridad para con la población de localidades distantes a la ciudad de Cajamarca, sede del HRC (luego HRDC) referencial, a una atención médica ambulatoria especializada, tecnología diagnóstica y medicamentos para daños complejos que sólo había (y aún es así) en las grandes ciudades. Poblaciones alejadas, de acceso difícil, dispersas, mayormente rurales, pobres o

muy pobres, fueron beneficiadas durante dos o tres días con este tipo de atención, a tiempo completo, con tiempos de espera cortos y con tarifas más baratas o igual que las del HRC (Dado que mayormente no había seguros). En los años (2005 a 2008; 2015 a 2018), se atendió con mucho éxito en Santa Cruz, San Marcos, Celendín y San Miguel, Cajabamba, Chilate, etc.

1. Departamento de Oncología y jornadas itinerantes. Desde el año 2014, por recomendaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y MINSA, más el apoyo de DIRESA C, GORE C y un Comité Multisectorial, se gestionó la construcción y equipamiento del Departamento de Oncohematología y Unidad de Hemodiálisis que al año 2018 se encontraba avanzado faltando solo elaborar el expediente técnico y sacar a licitación. En dicho proceso se creó el Departamento de Oncohematología y el Preventorio Regional especializado que implementó las “Jornadas Itinerantes para la promoción, diagnóstico precoz y prevención secundaria del cáncer en Cajamarca”, que, en el documento de creación se lee: “...al Hospital Regional de Cajamarca llegan pacientes con diversos tipos de cáncer y más del 90 % vienen en estadios avanzados. Lo poco que se puede hacer no pasa de intervenciones paliativas para mejorar en parte su calidad de vida de los últimos meses que les queda”. El Preventorio Regional Especializado del HRDC trataba de realizar actividades de prevención y diagnóstico precoz tamizando a un elevado número de personas aparentemente sanas, pero en riesgo de tener lesiones precancerosas, cáncer temprano o avanzado especialmente de cuello uterino, estómago, próstata, piel, mama, etc. Por ello, no solo se esperaba que la población acuda al Preventorio, sino que se salió a buscarlos, a inducir demanda, a motivarlos para que consulten. A mayor número de personas tamizadas, el número de diagnósticos precoces de cáncer será mayor, con elevadas posibilidades de curación. En dicho contexto, se crea las “Jornadas Itinerantes...” llevando el preventorio y al HRDC hacia localidades alejadas como aporte para controlar la alta incidencia de cáncer avanzado. Se recuerdan las exitosas jornadas de Cajabamba, San Miguel, Cutervo, Celendín, etc. Tomar muestras de Papanicolau con entrega inmediata de resultados leídos por Tecnólogo con más de 30 años de experiencia (T.M. Violeta Cabanillas), realizar 30 a 40 endoscopías digestivas por salida buscando tamizar cáncer digestivo (gástrico, colon, etc.), biopsiar lesiones superficiales para descartar cáncer de piel, entre otras, todas financiados por Seguro Integral de Salud (SIS), representa una excelente experiencia inédita digna de continuar y replicar.
2. Otras experiencias similares a EMI: Desde 1996, el Programa “Loayza Sin Fronteras” del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, organiza campañas de salud itinerantes como: Campaña de Salud Médico Integral,

mayo del año 2012, en el distrito de Huamantanga (Canta, Lima), un equipo multidisciplinario en 03 días atendió a 824 pacientes y los con diagnóstico complejo o delicado fueron derivadas al hospital Loayza [18]. El año 2007: el Hospital Itinerante “Defensa Nacional” del MINSA se trasladó a Puno y en 02 días atendió a 900 pobladores de Ayaviri y Juliaca; con el lema “No estás solo, estamos contigo” ofertaron varias especialidades para atender a poblaciones pobres, excluidas o de escasa cobertura de atención en salud [19].

El MINSA y Gobierno Regional de Loreto, año 2015, implementaron 04 plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), para atender a 45 mil pobladores de 120 comunidades de la Región Loreto. Las PIAS Napo, Morona, Putumayo y Putumayo II llevarán atención médica a pobladores desfavorecidos de esta región [20].

EsSALUD [21] con el Hospital Perú, Hospital móvil o itinerante, brinda prestaciones de salud para ampliar o complementar los servicios de algunos de sus Centros Asistenciales a nivel nacional, para reducir la lista de espera de pacientes asegurados y disminuir la falta de algunas especialidades médicas, con énfasis en zonas altoandinas, amazónicas y urbano marginales, donde no son suficientes las prestaciones asistenciales y servicios que la institución ofrece y así promover: inclusión social, acceso universal a la salud y el aseguramiento con oportunidad. El año 2018, EsSalud con los servicios del Hospital Perú llevó atención especializada a población de zonas más alejadas [22], y también trabajó durante la pandemia Covid 19.

En México, desde fines del siglo pasado trabajan las “Brigadas Móviles Itinerantes” o “Caravanas de Salud”: Programa de acción federal que busca acercar la Red de servicios de salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo humano, y localidades de alta y muy alta marginación y/o limitado o nulo acceso a servicios de salud. Este Programa operativiza equipos de salud itinerantes y unidades móviles de diferente capacidad resolutoria, que complementa a la red de unidades médicas fijas [23].

3. El EMI debe reactivarse. El Sistema de Salud Peruano viene consolidando un modelo de atención integral que considera a la salud como un derecho humano que debe garantizarse para toda la población en todo el curso de la vida, cuyo proveedor fundamental es el Estado, priorizando el primer nivel de atención, fortaleciendo las Redes Integradas de Salud (RIS). El HRDC debe consolidarse como establecimiento referencial de máximo nivel (por lo menos III), cuyas actividades curativas no lo lleven a enclaustrarse o aislarse del Sistema Regional de Salud. Como dice Torres R de OPS [17]: “... tenemos la absoluta convicción de que hacer hospitales “sin paredes”, más efectivos y eficientes, en el sentido social de cercanía

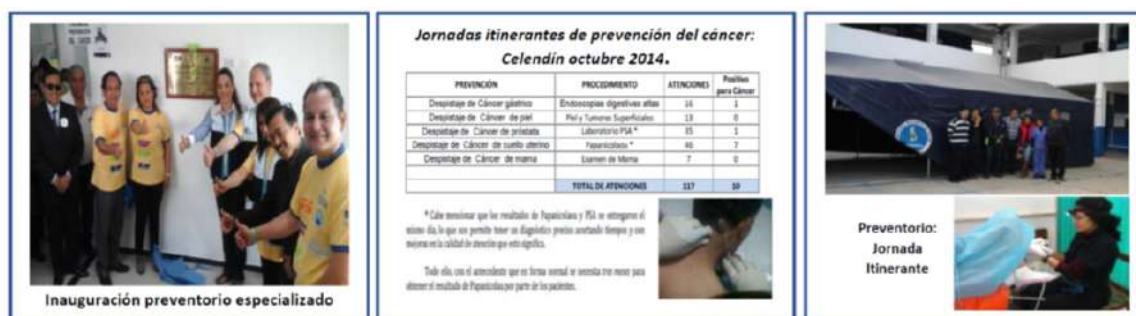


Figura 4. Jornadas y actividades de prevención del cáncer

y amigabilidad con las personas, y sostenibles en términos de aplicación de tecnologías incorporadas críticamente, no es posible, fuera de la perspectiva de las RISS, y que a la vez éstas pierden consistencia sin esta redefinición de los hospitales”. Así, los fundamentos del EMI del HRC (hoy HRDC) recobran actualidad, siguen vigentes.

Entre los años 2015 y 2018 (además de las Jornadas Itinerantes del Preventorio) se realizaron salidas episódicas a Chilte, Cajabamba (Dr. Roni Camacho realizó más de 12 cirugías mayores, Dra. Katia Cabrera procesó más de 40 endoscopías digestivas, etc.) y otros. Reactivar el EMI es una necesidad; debe realizarse de manera planificada, con financiamiento, recursos necesarios, capacitación, predisposición y compromiso de los profesionales participantes. Más, lo fundamental, prioritario y obligatorio es no improvisar, para no poner en riesgo la vida de los participantes ni de la población.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- [1] de Almeida-Filho N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*. 2020;16(e2751):[1-34]. Available from: <https://scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2751/es>.
- [2] Instituto Nacional de Estadística (INEI). Perú, Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida. *Salud Colectiva*. 1997;16(e2751):[1-34]. Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0073/cap1021.htm>.
- [3] Ministerio de Salud. MINSA, editor. El desafío de cambio de milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad, Lineamientos de Política de Salud 1995-2000; 1995. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/320885-el-desafio-del-cambio-del-milenio-un-sector-salud-con-equidad>
- eficiencia-y-calidad-lineamientos-de-politica-de-salud-1995-2000.
- [4] Dirección Regional de Salud, Oficina de Epidemiología. ASIS; 2006.
- [5] Giovanni B. Prioridades en salud y prioridades de la salud. In: Congreso de Medicina Social, editor. SAÚDE en Debate; 1994. p. 42.
- [6] Jahan S, Saber-Mahmud A, Papageorgiou C. ¿Qué es la economía keynesiana?; 2014. Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2014/09/pdf/basics.pdf>.
- [7] Homedes N, Ugalde A. Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI.; 2010. Available from: https://cdn.vientosur.info/VScompletos/VS109_Neolibysalud_HemedesyUgalde.pdf.
- [8] Gonzáles de Olarte E. Crecimiento, desigualdad e ingobernabilidad en el Perú de los 2000; 2005. Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2014/09/pdf/basics.pdf>.
- [9] Córdova Castañeda R. Crecimiento económico y los niveles de pobreza monetaria en el Departamento de Cajamarca en el periodo 2000-2018 [Tesis para optar Título Profesional de Economista]; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/3550>.
- [10] Ministerio de Salud. Salud Básica para todos; 1994. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2329.pdf>.
- [11] Jaramillo M, Parodi S. El seguro escolar gratuito y el seguro materno infantil: análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso; 2004. Available from: <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/ddt46.pdf>.
- [12] Matzunaga Torres D, Urquiaga Melquiades T, Bueno Ordoñez S. Plan de Trabajo Institucional 1997 - 2000. Primera ed. Hospital Regional de Cajamarca; 1997.
- [13] Contreras M. Medicina interna itinerante como oferta de servicio del programa de atención integral al adulto. *Comunidad y Salud*. 2008 06;6:35 45. Available from: <http://ve.scielo.org/scielo>.



Figura 5. Jornadas y actividades del EMI

php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000100006&nrm=iso.

- [14] Macinko J, Montenegro H, Nebot-Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(02/03):73-84. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>.
- [15] Chong C, Zegarra R, Villaseca R, y col . Modelo organizativo para una Unidad de Cirugía Rural Itinerante. *Simposium Regional de Cirugía de Día, Hospital de Apoyo III Sullana, MINSA*; 1995.
- [16] Organización Panamericana para la Salud, Organización Mundial para la Salud. La Atención Primaria de Salud y la Renovación de APS: fundamentos, evolución y nuevos escenarios en: *Desarrollo de capacidades para la gestión de la APS hacia la salud universal. Módulo 1. OPS, OMS*; 2019.
- [17] Artaza Barrios O, Méndez C, Holder Morrison R, Suárez Jiménez J. *Redes Integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS; 2011. Available from: https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf.
- [18] Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Nota de prensa: PROGRAMA “LOAYZA SIN FRONTERAS” llegó a Canta.. Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2012. Available from: http://www.hospitalloayza.gob.pe/index_np.php?id_np=522.
- [19] Ministerio de Salud. Hospital itinerante del Minsa inició actividades en Puno. Oficina General de Defensa Nacional (OGDN); 2007. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/40495-hospital-itinerante-del-minsa-inicio-actividades-en-puno>.
- [20] Ministerio de Salud. Plataformas itinerantes de salud brindan atención a 45,000 loretaños. *Andina/Difusión* 02 de julio 2015. Gobierno Regional de Loreto; 2015. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-plataformas-itinerantes-salud-brindaran-atencion-a-45000-pobladores-loreto-563553.aspx>.
- [21] EsSalud Seguridad Social para todos. *Proyectos especiales Hospital Perú*. EsSalud; 2013. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-plataformas-itinerantes-salud-brindaran-atencion-a-45000-pobladores-loreto-563553.aspx>.
- [22] EsSalud. Hospital itinerante de EsSalud (Hospital Perú) fortalecerá sus servicios médicos en todo el Perú. EsSalud; 2018. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-itinerante-de-essalud-fortalecera->

us-servicios-medicos-en-todo-el-peru/.

- [23] Gobierno de México. ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud. Secretaría de Salud, Diario Oficial; 2007. Available from: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/caravanas/EXT08_CAR_IF.pdf.