



Salud
Integral
Incluyente

PROYECTO FINANCIADO POR:



UNIÓN EUROPEA



Gobierno
de Navarra

APORTES PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL
**MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD**

BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD
EN EL PRIMER NIVEL



Salud Sin Límites Perú





APORTES PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD
EN EL PRIMER NIVEL

Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú
DCI - NSA / 2011 / 240 - 166



APORTES PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL PRIMER NIVEL

«La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea».

Responsable técnico de la edición:

- **Medicus Mundi Navarra Delegación Perú**

Teléfono: 01 - 4761842

Calle Luis Montero 198, oficina 203 / San Borja - Lima

- **Salud Sin Límites Perú**

Teléfono: 01 - 7158939

Calle Ugarte y Moscoso 450, oficina 601 / Magdalena del Mar – Lima

Publicación editada en Lima - Perú, Mayo 2012.



ÍNDICE

Agradecimientos	9
I. Introducción	11
2. Antecedentes	13
3. Enfoques	17
3.1 La salud como derecho	17
3.2 Pertinencia intercultural	19
3.3 Equidad de género	20
3.4 Medio ambiente	21
3.5 Territorialidad	22
4. Atributos	25
4.1 Integralidad	25
4.2 Participación social	26
4.3 Intersectorialidad	26
4.4 Equidad	27
4.5 Cobertura y acceso	27
4.6 Eficacia	28
4.7 Eficiencia	28
4.8 Calidad y calidez (satisfacción)	29
4.9 Sostenibilidad económica	30
4.10 Transparencia	31
4.11 Tecnología apropiada	31
4.12 Solidaridad	31

5.	Cambiar nuestra manera de pensar: ¿Por qué un modelo de salud integral e incluyente?	33			
	Integralidad e inclusión	34			
	Repensar la salud	35			
	Sistema y modelo	38			
6.	Ámbitos	43			
7.	Modelo de atención y gestión	45			
8.	Componentes del modelo de atención	47			
8.1	Concepto de salud enfermedad	47			
8.2	Modelo de atención	48			
8.3	Nivel programático operativo	49			
8.3.1	La horizontalización de la atención en el Primer Nivel	51			
8.3.2	La introducción de lo familiar y comunitario	55			
8.3.3	Los programas horizontales y la estrategia integral de atención en el Primer Nivel	57			
8.3.3.1	Enfoque de reproducción social	58			
8.3.3.2	Enfoque de necesidades	58			
	A. Programa individual	59			
	B. Programa familiar	50			
	C. Programa comunitario	60			
8.4	Nivel operativo instrumental	69			
8.4.1	Tácticas operativas	69			
8.4.2	Instrumentos / herramientas	72			
9.	Componentes del modelo de gestión	77			
9.1	Planificación	77			
9.1.1	Tipos de planificación del modelo	77			
9.1.2	Herramientas de planificación	78			
9.2	Organización	79			
9.2.1	El equipo de salud familiar y comunitaria	82			
9.2.2	El equipo básico de salud	84			
9.3	Dirección	85			
9.4	Control	86			
9.5	Sistema de información	88			
9.6	Vigilancia	90			
9.7	Personal	95			
9.7.1	Plan de estudios	99			
9.7.2	Equipo de acompañamiento a la experiencia a desarrollar en Churcampa	100			
9.8	Financiamiento	103			
10.	Bibliografía	107			

ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1:

Cuadro de divergencias de concepción del proceso salud-enfermedad 48

ILUSTRACIÓN 2:

Horizontalización de las Estrategias Nacionales de Salud en el Primer Nivel 53

ILUSTRACIÓN 3:

Diseño programático Modelo de Atención Integral e Incluyente 54

ILUSTRACIÓN 4:

Tipo de familia 56

ILUSTRACIÓN 5:

Ciclo vital familiar 56

ILUSTRACIÓN 6:

Cuadro resumen del contenido de las atenciones en el Primer Nivel 61

ILUSTRACIÓN 7:

Componentes de las atenciones/cuidados de los programas individual, familiar y comunitario, extraídos de las Estrategias Nacionales de Salud 62

ILUSTRACIÓN 8:

Ejemplo de carpeta familiar del establecimiento de salud La Querencia 73

ILUSTRACIÓN 9:

Ejemplo de Ficha Familiar de la DISA Lima Norte - Red Hualar pg. 1 74

ILUSTRACIÓN 10:

Ejemplo de Ficha Familiar de la DISA Lima Norte - Red Hualar Pg. 2 75

ILUSTRACIÓN 11:

Ejemplo de ficha familiar de la DISA Lima Norte - Red Hualar Pg. 3 76

ILUSTRACIÓN 12:

Organización y ordenamiento de la Red de servicios de Primer Nivel 81

ILUSTRACIÓN 13:

Propuesta de criterios y componentes para la carga laboral 82

ILUSTRACIÓN 14:

Propuesta de rotación polifuncional del personal de los equipos de salud familiar y comunitaria 81

ILUSTRACIÓN 15:

Tipos de vigilancia en el modelo 91

ILUSTRACIÓN 16:

Contenidos del diplomado (PROFAM, Primera Fase) 100

AGRADECIMIENTOS

La propuesta técnica que presentamos en este documento, es parte de una apuesta trinacional (Bolivia, Guatemala y Perú), que ha implicado diálogo y aprendizaje mutuo de realidades diferentes. Nuestro punto de partida fue una reflexión simple pero no por ello menos profunda en sus alcances, *Si nuestros problemas son similares, las soluciones no pueden ser tan diferentes.*

Al culminar esta primera etapa del camino nos sentimos satisfechos, porque sabemos que lo avanzado a la fecha se debe a que nos encontramos sintonizados con esfuerzos y voluntades similares a las nuestras desde el lado público de nuestro país. Lo expuesto hace referencia a un documento que consideramos clave para la mejora del sistema nacional de salud pública, el *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad – MAIS BFC (2011)*. Nos sentimos agradecidos con quienes dentro del Ministerio de Salud han impulsado su publicación, brindándonos su conocimiento desde las diferentes áreas relacionadas con el modelo sanitario nacional: la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección de Atención Integral en Salud y la Estrategia de Salud Familiar, entre otras. De igual forma agradecemos al personal de los establecimientos de salud La Querencia en Huaral y José Olaya en Independencia, quienes han sido claves para la producción de este documento.

Durante la investigación para desarrollar esta propuesta conocimos la experiencia del distrito de Lamay (Calca - Cusco) en torno a la participación social alrededor de la problemática de salud; agradecemos a sus autoridades, a la asociación Ricchary Ayllu, y en especial a la comunidad de Janacc Chuquibamba por mostrarnos el poder de la sociedad civil organizada.

Nos sentimos contentos por un reencuentro con la provincia de Churcampá, donde ya antes habíamos tenido una experiencia enriquecedora en salud materno - perinatal, y a donde volvemos para caminar juntos por algunos años más, viendo crecer al MAIS BFC. Agradecemos a sus autoridades, al personal de la Red de Salud Churcampá, a los trabajadores de los distintos establecimientos de la Red, a los representantes de la sociedad civil, y a los promotores de salud de la provincia, por darnos los primeros de lo que esperamos sean muchos aprendizajes sobre la complejidad cultural de la salud Churcampina.

Un agradecimiento a la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, en especial a sus direcciones de Salud de las Personas y Cooperación Internacional, así como a los responsables regionales de la Estrategia de Salud Familiar. Ellos serán aliados clave en el desarrollo de esta experiencia.

En este trabajo nos hemos encontrado con distintos actores también preocupados por la salud de los pueblos del Perú; deseamos agradecer su colaboración al Centro Nacional de Salud Intercultural, el proyecto Calidad en Salud de USAID, a la delegación de la OPS y al Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue. Finalmente extendemos nuestro agradecimiento a diversos funcionarios y ex funcionarios del Ministerio de Salud que han tenido a bien leer los borradores de este documento y hacernos diversas sugerencias y observaciones al mismo.

Finalmente agradecemos a nuestros compañeros bolivianos, españoles y guatemaltecos del proyecto Multipaís. El compartirnos de forma abierta sus experiencias ha sido enriquecedor; sus consejos, valiosos siempre; y su acompañamiento al proceso motivador en el día a día.

Equipo Peruano del Proyecto Multipaís.¹

¹ Dr. Fernando Carbone Campoverde, Médico Salubrista; Mg. Claudia Lema Dodobara, Psicóloga; Lic. Vilarmína Ponce Lucero, Comunicadora; Gerardo Seminario Námuch, Antropólogo; Lic. Marcela Velásquez Ronceros, Economista.

I. INTRODUCCIÓN

El Proyecto **Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud**, que se desarrolla en Bolivia, Guatemala y Perú, y que por tanto llamamos **Proyecto Multipaís**, considera a la persona como una unidad formada por cuerpo, espíritu, relaciones con la familia, la sociedad, el medio ambiente y su propia cosmovisión. Está orientado a la inclusión de los grupos poblacionales tradicionalmente excluidos de las decisiones sobre su propia salud, tales como los de bajo ingreso, los grupos originarios y la población rural. La inclusión se refiere también al reconocimiento de los saberes, creencias y prácticas de la medicina tradicional y a su coordinación – articulación y/o integración con la medicina académica, en la atención a las personas, a través del diálogo y el análisis reflexivo, respetuoso y en condición de igualdad.

Para alcanzar la meta de la inclusión y la integralidad en salud, nos hemos propuesto la tarea de elaborar aportes conceptuales y doctrinarios para mejorar la operativización del sistema nacional de salud en el Primer Nivel, partiendo de los conceptos de integralidad e inclusión. Este diseño se corresponde con las propuestas nacionales de atención integral en salud.

El documento técnico que aquí presentamos busca dar los lineamientos generales para apoyar la operativización del MAIS BFC en espacios concretos del Primer Nivel de Atención. Como colaboradores del MINSA, hemos intentado aportar a la consolidación del MAIS BFC, a partir de la experiencia de Medicus Mundi Navarra en Bolivia, Guatemala y Perú y de otras instituciones aliadas en estos países, tales como Salud Sin Límites Perú. Hemos aprovechado también experiencias concretas de implementación de atención integral, como la de La Querencia –Huaral- o de la implementación de un sistema de participación ciudadana muy efectivo como el de Lamay en Cusco. Además hemos aprovechado la información proporcionada en dos talleres de diálogo con la población, el sector salud, la sociedad civil y los gobiernos locales de la provincia de Churcampa.

La propuesta responde, entre otras, a dos necesidades sentidas que hemos percibido en torno a la oferta y demanda de los servicios de salud, sobre todo en el Primer Nivel y en el ámbito rural:

- La población quiere ser atendida oportunamente, con respeto, calidad y calidez.
- El personal de salud quiere dedicarse más a atender adecuadamente a la población y menos a procesar información.

Con respecto a estas necesidades, los beneficios que la propuesta quiere alcanzar son:

- La población se siente satisfecha por la forma como es atendida, confía en el personal de salud y hace uso de los servicios públicos del Primer Nivel.
- El personal de salud se siente satisfecho por la forma en que puede desarrollar su trabajo.
- Se descongestionan el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Para el Proyecto Multipaís, las Estrategias Nacionales de Salud son fundamentales en su actual concepción en el nivel nacional y regional, no solo como depositarias de la experiencia del MINSA, sino como el eje de la rectoría en salud. Es en el nivel local donde creemos que es posible su horizontalización para una atención individual, familiar y comunitaria a través de equipos multidisciplinarios, que permita lograr los beneficios señalados previamente.

Un modelo teórico sólo se hace productivo luego de pasar bajo la luz de la experiencia del personal operativo y la población que vive la problemática de la salud día a día. Es por eso que un segundo paso para el Multipaís es el trabajo sobre el terreno, en este caso en la provincia de Churcampa, Huancavelica. Por eso el documento que aquí presentamos busca guiar nuestro trabajo en una zona de acompañamiento a la implementación del MAIS BFC; la experiencia que se genere retroalimentará la propuesta a partir de una sistematización.

Pensamos que la experiencia de impulso del MAIS BFC desde unidades territoriales pequeñas, como núcleos o Micro Redes, es la mejor manera de afinar el diseño de la salud integral, para así poderla llevar cada vez a espacios mayores, en esta tarea sentimos que nos encontramos hermanados con el Ministerio de Salud.

Finalmente, señalar que deseamos el documento producido esté al alcance de los diferentes participantes del modelo, por eso hemos intentado mantener una redacción y un esquema sencillo de lectura, tocará a ustedes juzgar si lo hemos logrado.

2. ANTECEDENTES

El proyecto Multipaís, denominado **Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud**, se inicia en abril de 2011 con la participación de tres países: Bolivia, Guatemala y Perú. Para la descripción de los antecedentes del proyecto y considerando su carácter multinacional, se hace necesario iniciar señalando los rasgos comunes referidos a la situación de salud de los países participantes, los modelos de atención y gestión de los sistemas públicos de salud, y el ámbito del proyecto; posteriormente se describirán en forma sucinta los antecedentes propios del caso peruano.

Una visión global de los tres países muestra que en las tres últimas décadas sus políticas de salud han tenido dificultades para lograr un impacto real y positivo en el cumplimiento del derecho a la salud de sus respectivas poblaciones.

Pueden citarse los siguientes rasgos comunes que han caracterizado la situación de salud en Bolivia, Guatemala y Perú, y que han determinado las dificultades ya señaladas.

- La preponderancia del modelo biomédico, que ha desplazado la consideración de modelos tradicionales desarrollados en base a diferentes conceptos del proceso salud – enfermedad con mayor incidencia en la cultura de las poblaciones autóctonas, lo que ha dificultado el acceso de estas poblaciones a las prestaciones sanitarias, afectando negativamente los niveles de salud.

- La vigilancia epidemiológica ha privilegiado el daño dejando de lado el enfoque de riesgo, sin considerar la epidemiología socio-cultural, salvo algunos intentos aislados y no coordinados de incluir a esta última.
- El enfoque de género se ha centrado en educación para la salud sexual y reproductiva, con intentos de realizar institucionalmente la atención tradicional del parto, postergando la consideración de la mujer en forma integral, o aspectos innovadores como el feminismo comunitario o el enfoque de la nueva masculinidad.
- Se ha trabajado muy superficialmente en los riesgos originados en la alteración del medio ambiente, a consecuencia del poco desarrollo de la intersectorialidad en torno a la salud.
- La organización de la atención de salud a través de programas o estrategias verticales -necesarios en el nivel nacional o regional-, ha complicado el trabajo del personal del primer nivel, puesto que se ha obligado al mismo a llenar formularios repetitivos y a distraer su tiempo en tareas burocráticas, en vez de concentrarse en facilitar el acceso a las atenciones de salud.
- Los sistemas de información, al estar orientados a la producción de información destinada a los niveles centrales, han limitado la información necesaria, adecuada y oportuna para la gestión local de los servicios de salud.
- Se aprecia un debilitamiento de la capacidad rectora de los Ministerios de Salud.
- La capacidad de gestión de los servicios locales no es la más apropiada, lo que lleva hacia una incidencia negativa en la planificación, organización, dirección y evaluación de estos.
- La participación social en la gestión de los servicios de salud ha sido escasa, irregular y/o poco activa, situación que se repite en la toma de decisiones políticas, relacionadas con los servicios sociales básicos.

En el caso de nuestro país, el Estado peruano ha identificado como objetivos prioritarios de salud la reducción de la desnutrición crónica infantil, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, el control de enfermedades transmisibles y el control de enfermedades crónicas y degenerativas. El Ministerio de Salud (MINSA) ha propuesto tres estrategias para alcanzar estos objetivos: el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la Descentralización en Salud, y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Estas estrategias giran en torno a dos ejes: El fortalecimiento de la rectoría del sector y el cambio del modelo de atención (MAIS BFC).

La estrategia que más se ha desarrollado en los últimos años ha sido el Aseguramiento Universal en Salud, que entró en vigor a partir del año 2009 con la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344). A través de esta norma se garantiza el derecho pleno y progresivo a la Seguridad Social en Salud de aquella población que no es beneficiaria del régimen contributivo del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD). La creación del Aseguramiento Universal en Salud se logra mediante un proceso de ampliación de coberturas, que se inicia en la década de los noventa con el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno, y alcanza su mayor desarrollo con el Seguro Integral de Salud en el 2002, mismo que se sigue expandiendo en la actualidad.

La estrategia de descentralización se origina en 2003, y para fines del 2010 el MINSA concluye la transferencia de 16 funciones sectoriales, que comprenden 125 facultades a 25 gobiernos regionales (existentes desde el 2003). Desde entonces los gobiernos regionales y locales son los encargados de conducir las políticas de salud en concordancia con las políticas nacionales, lo que incluye la gestión de la Atención Primaria en Salud (APS) en el marco de los Planes de Desarrollo Concertado. Es pertinente mencionar que el proceso de descentralización peruano tiene algunos claroscuros pendientes de resolver, la conformación política peruana es la de un Estado nacional unitario y no una federación de estados, lo que implica que hay competencias de rectoría nacional que deben mantenerse. Un ejemplo muy importante de ello son las Estrategias Nacionales de Salud.

El fortalecimiento del Primer Nivel de Atención se basa en el reconocimiento de que **entre el 70 y 80 % de las necesidades básicas más frecuentes en salud podrían resolverse en los establecimientos del Primer Nivel de Atención**. Actualmente se cuenta con 7469 establecimientos de salud, el 98,5% son centros o puestos de salud que configuran el Primer Nivel de Atención, cuyo fortalecimiento se inicia en 2010 en las regiones piloto del AUS².

La mejora de este Primer Nivel implica el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de riesgos en salud, y la orientación familiar y comunitaria. Dar sostenibilidad a lo anterior supone contar con la participación de la población, políticas y programas adecuados, marco legal e institucional compatible, organización y gestión óptimas, recursos humanos apropiados y competentes, recursos financieros suficientes y adecuados, y acciones intersectoriales e interculturales transversales.

2 Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel. MINSA, 2011.

Para poder impulsar las estrategias de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, ampliar el alcance del aseguramiento en salud y fortalecer el proceso de descentralización, fue necesario modificar el modelo de atención de salud, lo que requirió un largo proceso de reflexión, a nivel nacional e internacional.

El 2003, como resultado de estas reflexiones, el MINSA presentó el documento técnico **La Salud Integral Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)**. En él se presenta el MAIS como “Marco conceptual de referencia para definir el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades, percibidas o no” (MINSA: 2003). El modelo orienta los términos bajo los cuales se organizan y desarrollan actividades y servicios, la forma como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la manera como los recursos del Estado son orientados para mejorar la salud de la población.

A nivel ministerial se pasa de 15 programas formados en base al manejo de daños a solo tres direcciones estructuradas en función a las Etapas de Vida del individuo. Además se mejora el papel de rectoría y asistencia técnica del MINSA en la organización y funcionamiento de los servicios. A nivel de los establecimientos de salud, se crean Redes y Micro Redes de servicios, se desarrollan formas de atención extramuro y aparece la oferta móvil para poblaciones dispersas. A partir del 2010, y en concordancia con los lineamientos de gestión sectoriales, se inicia la actualización del MAIS que pasa a denominarse MAIS – BFC (Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y Comunidad). Este es concebido a través de tres definiciones: **1)** dimensiones de abordaje.- una dimensión de gobierno, como espacio de gestión de políticas, programas y planes en lo local, regional y nacional; y una dimensión operativa, representada por los establecimientos de salud y las organizaciones sociales; **2)** Los espacios objetivos.- las personas, familia y comunidad; y **3)** las situaciones objetivas.- la atención de necesidades y el tratamiento a los determinantes de la salud.

Desde el punto de vista estructural este modelo tiene cuatro componentes: **i)** Gestión, que tiene como subcomponentes los RR.HH., el Planeamiento Estratégico y los Sistemas de Información; **ii)** Organización de las Prestaciones; **iii)** Prestación de los Servicios de Salud y **iv)** Financiamiento.

El documento técnico “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada”, elaborado por el MINSA el año 2010 en base a una muestra de 21 establecimientos de salud de 10 regiones, identifica los problemas que debe enfrentar el actual MAIS – BFC para su implementación.

3. ENFOQUES

3.1 LA SALUD COMO DERECHO

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que nuestra propuesta plantea un modelo de atención basado en el sistema público de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (DEFENSORIA DEL PUEBLO: 2008) ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- **Disponibilidad:** Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando profesionales de salud médicos y no médicos debidamente capacitados) y programas, que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- **Accesibilidad:** Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo anterior implica:
 - **Accesibilidad física:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores

determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable, deben ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.

- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.
- **Acceso a la información:** Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de asuntos relacionados con la salud. Sin embargo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.
- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados de la población. Además deberán ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida de las personas. Asimismo, el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.
- **Calidad:** Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno, a las personas que demandan atención. La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa. Recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación. Involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud.

3.2 PERTINENCIA INTERCULTURAL

Es preciso señalar que al hablar de interculturalidad no nos referimos a ella como concepto descriptivo, sino como propuesta ético política. Como concepto descriptivo, la interculturalidad se refiere a las diversas formas de relación entre las culturas que encontramos en la vida social. La aculturación, el mestizaje, el sincretismo, la hibridación o la heterogeneidad, son algunos de los conceptos descriptivos que se refieren a las diversas formas en que se realiza el contacto intercultural en sociedades pluriculturales. Esta realidad pluricultural dentro de marcos nacionales de consolidación del respeto a los derechos implica mínimamente tolerancia hacia el otro.

La interculturalidad como propuesta ético-política, propone un diálogo donde ambas partes son iguales y respetuosas de las creencias, saberes y prácticas del otro, y busca comprenderlo desde su propia visión del mundo y su jerarquía de valores, propiciar la apropiación selectiva y crítica de lo que propone y ofrece, y asumir una actitud activa que permita reestructurar lo propio mediante la auto transformación reflexiva. De todo lo anterior se desprenden algunos principios orientadores del modelo de salud:

1. Más que un modelo de salud multicultural, debemos construir un modelo intercultural, que promueva el diálogo y el enriquecimiento mutuo.
2. Para la construcción de un modelo de salud intercultural es necesario profundizar el reconocimiento de la existencia de un sistema de salud reticular (red), del cual lo institucional-estatal es una parte con importantes responsabilidades, pero no la única. En este sistema hay diversos prestadores de salud tradicional y/o alternativa, además de las prácticas de auto cuidado propias de la herencia cultural de los diferentes grupos humanos en cada país.
3. Para la existencia de la interculturalidad el modelo de salud oficial debe entrar en diálogo con otros modelos, buscando la coordinación - articulación, que dependiendo de la realidad de cada país, será con o sin integración.
4. Se reconoce la necesidad de una interculturalidad no sólo en el nivel micro sino en el macro, lo que implica trascender al sector. Esto llevaría más allá de lo que se conoce como una interculturalidad funcional o neoliberal, hacia una interculturalidad crítica: “Mientras que el Interculturalismo neoliberal busca promover el diálogo sin tocar las causas de la asimetría cultural, el interculturalismo crítico busca suprimirlas” (TUBINO: B). Esta exigencia es hoy imprescindible para no caer en la ideología de un diálogo descontextualizado que favorecería sólo los intereses creados de alguno de los participantes del diálogo.

5. La interculturalidad es tanto un ejercicio político como una práctica cotidiana a nivel de relaciones personales. Es decir, implica tanto a los usuarios de los servicios, sus familias, sus comunidades, como a los prestadores tradicionales de salud, el personal que brinda la atención en los establecimientos oficiales, el personal administrativo y los decisores políticos de los diferentes niveles.
6. La interculturalidad implica más que la dimensión étnica. Hay otras identidades y/o lógicas que deben contemplarse, como educación, formación, migración, estrato socioeconómico y condiciones materiales, entre otras, pues cada una de ellas es producto de realidades culturales propias.

3.3 EQUIDAD DE GÉNERO

El concepto de género se utiliza para características socialmente construidas que forman la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas. La construcción de género influye a la salud en el control institucional y la sociabilización del mismo. Si bien las normativas legales son homogéneas para ambos sexos, socialmente se presentan diferencias en la aplicación de factores económicos, políticos, grupos étnicos, clases sociales, etc. Los estudios de género no sólo se interesan por lo masculino y lo femenino, sino que se esfuerzan por integrar el concepto de género en una dimensión multicultural y multisocial, ya que es muy diferente cómo se considera la división genérica no sólo en las distintas clases sociales, sino también entre los distintos pueblos y orígenes nacionales e históricos, y en función de las diversas orientaciones sexuales y las nuevas estructuras familiares.

Este concepto en los años 60 y 70 tenía un enfoque diferente al que hoy en día se observa en leyes y teorías. Inicialmente el concepto de género tenía un carácter de denuncia de la opresión de la mujer, pero actualmente se trata de un concepto descriptivo donde se hacen explícitos los roles de la mujer y del varón (feminismo de la igualdad). Fruto de esta última concepción nace la definición de equidad de género, la cual considera que los derechos, responsabilidades y oportunidades de los individuos no se determinan por el hecho de haber nacido hombre o mujer, sino que deben ser equitativos para ambos.

La equidad de género busca que los roles asignados actualmente a mujeres y hombres puedan ser iguales. La realidad muestra que esta igualdad no se alcanza porque los miembros masculinos de una sociedad tienden a predominar en posiciones de poder (feminismo autónomo), lo que pone al descubierto la necesidad de

organización de las mujeres para transformar estas relaciones desiguales de poder, frente a la cual trabajan principalmente las organizaciones de mujeres.

Esta concepción de equidad de género como igualdad tiene origen en occidente y supone una acepción individualista propia de esa realidad pero no se corresponde con la de las mujeres de otros lugares y culturas. En Bolivia, por ejemplo, se puede hablar de un “feminismo comunitario”, el cual plantea que mujeres y hombres de la comunidad constituyen pares complementarios recíprocamente, y que ambos son imprescindibles para el desarrollo de la comunidad. Cuando se habla de par complementario se entiende que uno no puede ir separado del otro y que se entabla entre ellos una relación horizontal de reciprocidad.

El feminismo comunitario plantea cinco campos de acción (cuerpo, espacio, tiempo, movimiento, memoria) como forma política de fortalecimiento a las organizaciones de las mujeres. Uno de estos campos, el cuerpo, plantea que para que las mujeres recuperen sus energías y la salud, deben ser consideradas en forma integral y sin separar el alma de lo corpóreo. Por tanto la salud de la mujer no debe centrarse solo en el cuerpo, sino en lo consustancial del mismo. De igual modo, el tercer campo de acción, el tiempo, considera replantear las formas sociales que permitan considerar iguales del valor el tiempo de las mujeres y de los hombres. Hasta ahora el valor del tiempo de las mujeres es estimado de menor importancia que el tiempo de los hombres, sobre todo en relación al cuidado de la salud familiar y la maternidad, dificultando su rol de participación política y compromiso en el diseño de políticas sociales.

Las mujeres deben ser integradas en los modelos de Gestión y Atención de los planes nacionales de cada país. En el modelo de Gestión, la participación de la mujer en los niveles de decisión y en la conformación de los espacios de análisis y reflexión es imprescindible. Para que el modelo sea de carácter integral e intercultural en sus prestaciones a las mujeres se debe considerar su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como una salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, además de la integralidad de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

3.4 MEDIO AMBIENTE

La perspectiva de medio ambiente, además de reconocer la estrecha relación entre el medio ambiente y la salud, tiene como punto de partida que lo que ocurre en la naturaleza es debido a las acciones humanas, por lo que los seres humanos somos responsables de prevenir y controlar nuestras actuaciones para evitar daños irreversibles en el medio ambiente. La base de esta perspectiva es el concepto de responsabilidad. El marco de

la ética interpersonal debe ampliarse hacia una ética de la responsabilidad, en la cual se integran las relaciones con las generaciones futuras, con los animales, las plantas y los seres inanimados. Se requiere de un nuevo paradigma de comprensión del mundo que tiene por centro la vida y no los seres humanos, a partir de dos características:

- **Holismo:** Existe interdependencia entre todos los seres, la naturaleza y el planeta por lo que los problemas no pueden abordarse de forma unilateral como lo ha hecho la técnica.
- **Biocentrismo en lugar de antropocentrismo:** La vida merece respeto y la naturaleza debe ser respetada por derecho propio pues pertenecemos a una “comunidad biótica” conformada por el suelo, el agua, las plantas y las especies animales. Los fenómenos naturales deben ser abordados con respeto. Naturaleza y ser humano están penetrados de espíritu, es necesaria una experiencia de unión del ser humano con la naturaleza.

El medio ambiente incide en las condiciones de vida y salud de la población. La forma en que se entiende la relación con el medio ambiente puede variar de un grupo sociocultural a otro, dependiendo de la forma en que se entiende el mundo, sus elementos y relaciones. Mientras que algunos consideran el medio ambiente tan sólo como fuente de recursos naturales, la perspectiva de medio ambiente debe aproximarse a la concepción de la Madre Tierra de la cosmovisión de los pueblos indígenas latinoamericanos.

A partir de esta perspectiva de medio ambiente se asume una postura crítica ante las ideas que se impulsan sobre el desarrollo, la producción y el consumo. El consumo es un proceso clave en la sociedad pues es el motor del modelo económico actual, por esto se considera que el consumo puede convertirse en una herramienta de cambio. Si se cuenta con la información para responder a estos planteamientos, puede ser factible tener un consumo consciente y responsable, orientado al fomento de actividades compatibles con la satisfacción y dignidad de las personas y la conservación de la naturaleza. El consumo responsable puede sintetizarse en tres aspectos: Consumo crítico y ético (cuestionar lo que se vende, sin ligar el consumo al valor o la felicidad), Consumo ecológico (*afectar lo menos posible a la naturaleza*) y Consumo solidario (*pagar y recibir un precio justo*). Además se debe tener en cuenta la aplicación de las “cinco r” en el consumo: Reutilizar, Reparar, Rechazar, Reducir y Reciclar.

3.5 TERRITORIALIDAD

Se entenderá la noción de territorio como la dimensión espacial (hábitat) ocupada por un grupo social en un momento dado, como consecuencia de un proceso histórico, interrelacionada con las dimensiones económica, social y cultural del medio. Este concepto cobra relevancia e idealmente debe ser tomado en cuenta para los aspectos de planificación y reconocimiento del derecho de los individuos y los pueblos.

La territorialidad tiene tres elementos: el sentido de identidad espacial, el sentido de exclusividad y el modo de interacción humana en el espacio. Proporciona no sólo un sentimiento de pertenencia a una porción particular de tierra sobre el que se tienen derechos, sino que implica un modo de comportamiento en el interior de esa entidad. Con la territorialidad se planifica el desarrollo teniendo por objetivo la adecuación de las actividades económicas en los espacios geográficos más recomendables, buscando el equilibrio entre la mejor calidad de vida de la población, el desarrollo de la identidad cultural de los diversos grupos sociales y la optimización del uso sostenible de los recursos naturales.

4. ATRIBUTOS

4.1 INTEGRALIDAD

Si la salud es considerada no sólo como un estado de ausencia de enfermedad sino como una dimensión del desarrollo y bienestar, se va haciendo necesario sustituir el tratamiento enfocado en una enfermedad, por la atención continua y completa de la persona, dentro de un ámbito familiar y social, complementando esfuerzos curativos con un número importante y creciente de acciones de fomento y mantenimiento de la salud. La persona es reconocida por su carácter multidimensional, inmersa en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Esto implica que la atención de salud no debe reducirse a la atención del *motivo de consulta*, sino que debe abordar las necesidades y condiciones de la salud de la persona.

Lo anterior conlleva tomar conciencia que la familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece y se desarrolla, por lo cual es a la familia a quien se debe dirigir la atención. Asimismo la comunidad y el entorno forman parte intrínseca de la realidad de las personas y su familia, por ello el abordaje de la atención debe integrar también estos aspectos. Un abordaje integral se opone a la separación de las intervenciones de promoción y prevención de las actividades encaminadas a la recuperación y rehabilitación de los daños. Su reunificación no sólo significa un mejor aprovechamiento de recursos sino intervenciones de mayor impacto. Para ello se hace preciso el trabajo de equipos multidisciplinares y polifuncionales.

La integralidad también supone que la atención debe ser continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando una atención creciente en caso de ser necesaria. Esto lleva aparejada la complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una Red o Micro Red, y procesos de coordinación interinstitucionales.

Pero la integralidad no es sólo un principio para la atención, es además un orientador de la organización del servicio y su gestión, puesto que una atención integral tal como ha sido expuesta requiere el establecimiento de un sistema eficiente de Redes y Micro Redes y la gestación de un verdadero sistema nacional integrado de salud, en el cual los diversos tipos de prestadores (públicos y privados, contributivos o no) formen parte de una sola Red que asegure la accesibilidad.

4.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social puede ser considerada tanto un fin como un medio, ambos conceptos no son excluyentes, más bien son complementarias y pueden ser tratados en forma conjunta. La participación social como fin es entendida como el proceso de empoderamiento de quienes se encuentran marginados de la toma de decisiones, en relación a los servicios de salud serían aquellas decisiones que afectan al estado de salud de individuos, familias y comunidades, y también como una posibilidad de mayor y mejor control de la población sobre las determinantes de la salud. La participación social como medio es entendida como el recurso para hacer llegar los programas de salud a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación y el éxito de dichos programas.

La participación social no es un producto terminado sino más bien un proceso que atraviesa por varias fases, de ahí que la participación social como medio pueda entenderse y adoptarse como el estadio inicial de un proceso mucho más complejo cuya meta es el empoderamiento de las organizaciones sociales y la cogestión en salud.

En cualquier caso, si bien la participación social es imprescindible para alcanzar resultados en relación a la salud y la mejora de las condiciones de vida de la población, no es el fin único que dará respuesta a todos los problemas que el sector ha ido enfrentando a través de los años, sino uno más de los componentes que debe abordar un modelo de salud.

4.3 INTERSECTORIALIDAD

La intersectorialidad aparece en los debates internacionales de salud a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata en 1978. En esta conferencia se reconoce que el sector sanitario no puede alcanzar por sí sólo la salud, en particular en los países en desarrollo. "Ninguno de los sectores del desarrollo socioeconómico puede funcionar bien aisladamente; no hay sector cuyas actividades no influyan en las metas de otro sector; de ahí la necesidad de que los sectores económicos se consulten constantemente

unos a otros para asegurar el desarrollo y fomentar la salud como parte de él” (OMS 1978). Se entiende por Intersectorialidad el abordaje coordinado de los determinantes sociales, culturales, laborales, económicas y otros, que inciden en el nivel de salud de la comunidad. Por tanto el sector salud debe establecer alianzas estratégicas y programáticas con otros sectores como son educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, entre otros, para dinamizar iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas, buscando optimizar el uso de recursos y evitar la dispersión y duplicación de esfuerzos.

La intersectorialidad está relacionada con un enfoque sistémico de la salud. La salud es un producto social condicionado por actores, acciones y un número muy grande de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras. “En este sentido se requiere una respuesta social organizada que garantice un enfoque sistémico y un nivel elevado de sinergias que permita actuar efectivamente sobre los determinantes sociales de la salud” (CASTELL – FLORIT: 2007).

4.4 EQUIDAD

La Equidad plantea el reconocimiento de las reales y diferentes necesidades de las personas o grupos humanos y de las condiciones que determinan diferencias para, en base al principio de igualdad de derechos, brindarles las respuestas adecuadas.

En salud la equidad debe ser entendida como el derecho a la atención en salud de toda la población. Para ello la distribución y orientación de los recursos y servicios para la atención en salud debe responder a criterios diferenciales de necesidad y no a criterios únicos de volumen poblacional (asignaciones per cápita) o de intervenciones mínimas y uniformes (paquetes básicos iguales en contextos diferentes) para toda la población. Los criterios diferenciales requerirán de una adecuada identificación de la población para dirigir esfuerzos especiales a quienes tienen mayores necesidades o se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables y en consecuencia con mayor riesgo de enfermar y morir. Además se deberá tomar en cuenta las necesidades diferenciadas específicamente a partir de aspectos socioeconómicos, étnicos, geográficos y de género.

4.5 COBERTURA Y ACCESO

Para la definición de este atributo es preciso distanciarse de la concepción simplista que plantea la cobertura en términos de una disposición normativa orientada a ejecutar un paquete básico de servicios sin integralidad (acciones puntuales) y de un diseño operativo no adaptado al contexto geográfico-poblacional local, sólo en

función de una asignación per cápita uniforme. La cobertura en salud deberá estar definida por el desarrollo de programas y acciones de atención en salud a partir de la asignación de recursos institucionales y a través de servicios continuos (no intermitentes) que den respuesta, equitativa e integral, a las necesidades identificadas a partir de perfiles epidemiológicos socioculturales locales. Aunque es imprescindible visibilizar, valorar y reconocer la contribución de otros modelos de salud al logro de una mayor cobertura, particularmente en lugares donde los servicios institucionales no tienen presencia, es importante destacar que, de acuerdo al enfoque de derecho, el atributo de cobertura es responsabilidad del Estado.

4.6 EFICACIA

La eficacia se refiere a la capacidad de alcanzar las metas y objetivos planteados para una determinada acción. En salud se puede considerar la eficacia tanto desde el punto de vista de los Servicios de Salud, como de las actividades de Salud Pública.

- En los **Servicios de Salud** la eficacia se relaciona con la producción (número de consultas, número de egresos y otros) y la calidad (porcentaje ocupacional de camas, promedio días-estada de los egresos, concentración de consultas y otros).
- En **Salud Pública** la eficacia se relaciona con la capacidad de los equipos de salud de alcanzar las metas y objetivos de los programas y proyectos que se deban ejecutar.

El que se alcancen los objetivos, tanto en los servicios públicos de salud como en los programas de salud pública, adquiere una particular importancia si consideramos que los Estados han invertido importantes recursos financieros. Por tanto los gestores de estas acciones son responsables ante la sociedad de la eficacia con que utilicen los recursos puestos a su cargo. Es evidente que la eficacia tiene íntima relación con el concepto de eficiencia que será tratado en el próximo apartado.

4.7 EFICIENCIA

La búsqueda de la eficiencia en los programas sociales es un tema de gran controversia ya que está sujeto a diversas interpretaciones que muchas veces han influido sobre la decisión de adoptar una determinada política social y su diseño. El concepto de eficiencia no puede dissociarse de la posición ideológica y de los atributos



de un Plan País, como son la cobertura y acceso universal, la equidad y la participación social. La eficiencia se incorpora en la medida que permita contribuir al logro de estos, entendida como parte del proceso de diseño, implementación y evaluación.

La eficiencia consiste en obtener el producto o resultados utilizando la menor cantidad de recursos (tiempo, mano de obra, materiales, etc.). Es importante no confundir el término eficiencia con la minimización de costos: la eficiencia de una acción no radica solo en el valor de los recursos utilizados sino en la producción lograda y en el nivel de cumplimiento de los resultados esperados. Por ejemplo, un programa en salud que contribuya a reducir las muertes maternas puede llegar a ser eficiente en la medida que reduzca el número de muertes en un mayor porcentaje que el de otros programas que utilizan los mismos recursos, con independencia de si la intervención en todos los casos fue costosa.

Existen tres tipos de eficiencia: **técnica** o de proceso, que está relacionada con la óptima combinación y potenciamiento de recursos humanos (personal de salud), físicos (infraestructura, equipamiento) y financieros. La eficiencia en **coordinación**, está dada por la adecuada transmisión de información y comunicación por parte del personal de salud, así como la adecuada recuperación de las demandas de la comunidad. Finalmente, la eficiencia en **asignación**, está basada en la capacidad de incorporar atributos como la pertinencia intercultural, perspectiva de género, integralidad, calidad de atención y satisfacción, de tal forma que el servicio final provisto sea el que maximice el bienestar de la comunidad, dado los recursos empleados.

4.8 CALIDAD Y CALIDEZ (SATISFACCIÓN)

Calidad es un concepto difícil de acotar ya que sus definiciones varían mucho de acuerdo al contexto de vida de las personas. En general se considera como alta calidad en salud al “grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos” (LUFT, en: JIMENEZ: 2004). Esta definición tiene la virtud de guiar el diseño y aplicación del servicio a la calidad de vida de las personas.

Según la OMS la calidad en salud estaría compuesta por lo menos de seis extensas áreas: un área física (p.e., la energía, la fatiga), un área psicológica (p.e., sentimientos positivos), el nivel de independencia (p.e., movilidad), las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico), el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (p.e., significado de la vida). “Los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen” (OMS: 1998). Poner el acento en las personas y su diversidad, y no

sólo en el diseño de las prestaciones, permite reconocer la necesidad de una atención pertinente (adecuada culturalmente) y cálida, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, en el diálogo con los usuarios y en la atención de sus demandas.

Además el concepto de calidad varía de acuerdo a los diversos colectivos que intervienen en la atención de salud; para los usuarios la calidad de un servicio de salud está relacionada con el respeto que se le da a su persona, a sus creencias y conceptos de salud - enfermedad, en relación con a la posibilidad que tenga de ser tratado en forma coordinada con medicina tradicional. Los prestadores consideran la calidad, como la posibilidad de ofrecer una atención adecuada al paciente y tener los medios necesarios para ejercer sus capacidades y saberes técnicos. Se deberá incluir en esto la consideración no solo de las causas de la patología actual y el diagnóstico y tratamiento de la misma, sino el poder atender al paciente en forma integral, tanto física como psicológica y espiritualmente, y los factores de riesgo para su salud. Los gestores de los servicios de salud consideran la calidad en relación con el cumplimiento de la producción programada para los servicios, además de su participación en el abordaje intersectorial de los riesgos de salud, y de de procurar la satisfacción de los usuarios y prestadores en el desempeño de sus funciones.

4.9 SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

La Sostenibilidad Económica se entiende en este documento como **la capacidad de asegurar recursos estables y suficientes en el largo plazo, y asignarlos de manera oportuna y apropiada**. Para garantizar la sostenibilidad económica se debe tomar en consideración las siguientes acciones:

- Incrementar el gasto asignado al sector salud asegurando su inclusión en los presupuestos, ya sea a nivel nacional, departamental y/o municipal.
- La corresponsabilidad de las personas, las familias, las comunidades y las organizaciones sociales territoriales en la aplicación del nuevo modelo de salud, en la medida de sus capacidades.
- Transparencia técnico administrativa en los diferentes niveles de gestión.
- Adecuada y transparente utilización de la cooperación internacional, especialmente la orientada hacia las poblaciones más vulnerables.

4.10 TRANSPARENCIA

La transparencia se refiere a la implementación de procesos de acceso a información oportuna sobre la planificación e implementación de políticas y programas de salud, que permita hacer el escrutinio público de las decisiones que toman las autoridades. Incluye aspectos como la utilización de recursos, la elección o nombramiento de autoridades que tendrán a su disposición dichos recursos. La transparencia busca que toda decisión gubernamental y administrativa así como todos los recursos comprometidos en la misma y su aplicación, estén accesibles, sean claros y se comuniquen al público en general en aras de favorecer el apego a la ley y reducir la discrecionalidad.

4.11 TECNOLOGÍA APROPIADA

Es el conjunto de métodos, técnicas, equipos e insumos que, siendo específicos en cada modelo de salud y nivel de atención, se articulan complementariamente a través de la coordinación de sus actores: auxiliares de enfermería, terapeutas y población en general, contribuyendo a la resolución de necesidades en el campo de la salud, no solo en el campo de la curación, sino también de la promoción y prevención. Las diferentes tecnologías deben ser aceptables y pertinentes para quienes las emplean y para quienes se benefician, tanto desde la perspectiva de género como desde la pertinencia intercultural, considerando además las características del medio y la disponibilidad de servicios básicos, que permitan el funcionamiento de los equipos.

4.12 SOLIDARIDAD

La solidaridad parte de la idea que la atomización de un colectivo hace más vulnerable a cada uno de sus miembros, por lo tanto es preciso entender este colectivo como un sólido (solidaridad) que aúna los esfuerzos de todos para constituir un sistema común de protección ya sea en salud, vivienda, empleo y otros (SCHRAMM: 2011), así como la obtención de bienes comunes. Para la salud el principio de solidaridad tiene consecuencias en las posibilidades de extensión de la protección social, por tanto en la universalización del servicio, la reducción de la exclusión y el cumplimiento del derecho a la salud.

La solidaridad en salud debe contribuir a reducir las asimetrías producidas por regímenes contributivos limitados o modalidades que se sustentan en regímenes subsidiarios con fondos públicos focalizados en segmentos específicos de la población. Se debe pasar a un esquema de solidaridad en salud para cuyo financiamiento se tendrá que contar con una gama de fuentes diversas, siendo la principal los tributos generales vía presupuestos públicos.

5. CAMBIAR NUESTRA MANERA DE PENSAR: ¿POR QUÉ UN MODELO DE SALUD INTEGRAL E INCLUYENTE?

Distintas experiencias de salud integral se realizan dentro y fuera de Perú, todos aquellos que las desarrollan coinciden en que uno de los problemas más grandes a la hora de desarrollar su trabajo, es la barrera que conforma las maneras de pensar rígidas que se afincan en los diversos niveles de los sistemas de salud. Kuhn (2004) señalaba que el cambio de paradigmas es el cambio más radical y difícil y, sin embargo, cuando los tiempos varían el cambio se da. En esta sección queremos presentar algunos de los grandes temas que pensamos están en la base de nuestra dificultad de cambiar el paradigma clásico de la salud para apuntar a un sistema de salud más integral e incluyente.

Primero debemos señalar que la salud, antes que nada, es un derecho, esto quiere decir que el Estado tiene la obligación de brindar atención en salud y para ello debe estar organizado de acuerdo a los requerimientos de salud de la población que va a atender, lo que implica trabajar sobre la salud tal como la vive la población. Esto conlleva dos cuestionamientos centrales ¿Cómo vive el proceso de salud - enfermedad los peruanos? y, ¿cómo debe organizarse el Estado para garantizar la salud de esta población? Estas preguntas permiten ver que el sistema de salud debe responder y ser coherente a una definición de salud que se corresponda a la realidad de la población con la que busca trabajar. A nuestro parecer el sistema institucional de salud peruano no termina de garantizar el derecho a la salud prioritariamente por no ser integral y no ser incluyente. Ante a ello, este documento busca presentar un modelo de salud que enfrente directamente esta realidad.

Como podrá notarse, no partimos de una preocupación primaria por problemáticas específicas de salud tales como la salud materno infantil, o el estado nutricional de los niños; es decir, más que el diseño de una intervención puntual frente a una realidad nacional de carácter urgente, este documento trata sobre el **modelo**

peruano de salud para el Primer Nivel de Atención, en sus términos más generales. En nuestra experiencia de discusión del modelo de salud nacional, hemos podido observar que -por diversos motivos- la importancia de un abordaje más integral no es necesariamente evidente, el mundo moderno y la realidad médica se han caracterizado más bien por la especialización y no necesariamente por acercamientos holísticos. Es por ello que nos parece necesario explicar primero -y nuevamente en los términos más amplios- qué podemos entender por integralidad e inclusión, la importancia de una aproximación amplia a la salud, la necesidad de un enfoque de sistemas y un modelo de de salud adecuado a la realidad.

INTEGRALIDAD E INCLUSIÓN

Tanto integralidad como inclusión nos interesan en tanto responden a un enfoque de derechos. Cualquier forma de derecho parte de un reconocimiento de la dignidad humana y lo humano tiene por base la integralidad, entendida esta a partir del origen latino del término *integer* (entero), es decir, aquello que está unido o completo, dado que las partes que lo configuran se encuentran armónicamente ensambladas (MUÑOZ: 2009). Lo humano es al mismo tiempo multidimensional, respecto a lo humano no caben visiones reduccionistas o unidimensionales, él engloba en armonía tanto una unidad física, mental, espiritual, social como ecológica, y siempre se trata de una lista parcial.

Atendiendo a esta visión del hombre, se puede entender la salud integral para el Primer Nivel tal como es expuesta en Alma Ata, un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atiende (OMS 1998). Se trata de un conjunto de recomendaciones que intenta garantizar un derecho a la salud acorde a la dignidad innata del ser humano y que en su base apunta a responder a la multidimensionalidad del hombre y a su carácter integral. Este documento, en sus diversas secciones, presenta una serie de recomendaciones para que el sistema de salud pueda brindar una salud de carácter más integral. Cuando más adelante hablemos de la organización de la red de servicios, de la horizontalización de las estrategias verticales en el Primer Nivel de Atención, de la inclusión de la salud familiar y comunitaria, entre otros, estaremos señalando siempre cómo componer un todo armónico que responde al carácter integral de lo humano, garantizando un derecho a una salud también integral que nos lleve a la realización del potencial pleno del hombre.

De manera complementaria a lo expuesto, es necesario señalar que la atención integral en salud encuentra dificultades en el camino de su ejecución, siendo una de la más importante el contexto nacional de exclusión en el que se sienta el sistema nacional de salud.



Exclusión no es lo mismo que pobreza, que hace referencia a un estado de carencia e inferioridad, tampoco es igual a explotación, concepto con connotación moral que se refiere a sacar provecho de alguien en beneficio propio a través de una determinada actividad, tampoco es igual a marginalidad, que hace referencia a una condición de excedente disfuncional con respecto a lo que el sistema puede absorber (básicamente mano de obra). La exclusión social se refiere a los impedimentos de participación de ciertos grupos sociales en aspectos considerados valiosos de la vida colectiva, la exclusión es por tanto una realidad compleja, se trata de una categoría que en cierta forma rebasa y reorganiza algunas de las categorías previas. Distinguimos una esfera de exclusión económica, otra política y otra cultural, pero es necesario señalar que las tres se retroalimentan.

La exclusión económica hace referencia a la no disposición de medios y capacidades que permitan a los sujetos participar en la modalidad dominante de organización económica. La exclusión política se da cuando los sujetos carecen de derechos garantizados por una autoridad legítima, puede tratarse de derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales. La exclusión cultural se presenta a través de la marginación de códigos de comunicación necesarios para interactuar en cierta colectividad y, a través de la discriminación de ciertas personas que son percibidas como inferiores y por tanto reciben un trato diferenciado y humillante. Los problemas de exclusión en el sistema institucional de salud están más fuertemente relacionados a la exclusión política y cultural, pero están enmarcados en un contexto de exclusión económica.

Finalmente, hay formas de exclusión persistente; no debe dejar de señalarse que esta tiene raíces históricas que se asientan en guerras de conquista y la instauración violenta de poderes que implican el surgimiento de los fundamentos socioeconómicos de la vida de la población dominada, siendo esto lo que pasó en la experiencia colonial de América Latina (SULMONT: 1996).

En resumen, para el diseño de un modelo de salud con un enfoque integral debemos tener en cuenta que dicho diseño debe procurar revertir las formas de exclusión que se han instalado en el sistema de salud y es para ello sumamente importante incluir los enfoques tanto de derechos, como de género e interculturalidad, tal como proponemos en el presente documento.

REPENSAR LA SALUD

No es nuestro interés en esta sección brindar una definición de salud, tema para el cual el documento ha reservado otro apartado. Nuestro objetivo es mostrar cómo una intervención pública, para garantizar un derecho, debe ampliar su visión para que se corresponda con la realidad de la ciudadanía, en este caso una ciudadanía pluricultural.

Por tanto empezaremos por señalar que la salud, como cualquier otro objeto de conocimiento moderno (la economía, la política, la cultura, etc.) es una invención. Al decir que es una invención no estamos señalando que sea algo falso o no real, sólo queremos decir que las características que la componen y la diferencian de otros campos de conocimiento son un producto social e histórico, parte de un desarrollo epistemológico específico y que por tanto aquello que es salud o enfermedad y aquello que no lo es, ha ido cambiando e irá cambiando conforme la sociedad misma lo vaya haciendo.

Con esto también queremos señalar que las formas de búsqueda de la salud y lucha contra la enfermedad actualmente dominantes son un subproducto de la cultura dominante o hegemónica, son una producción occidental (RUELAS et al). Nuevamente, esto no la hace falsa o una mentira, pero sí parcial, a la vez que prisionera de los marcos de pensamiento de la cultura a la cual pertenece.

El marco principal de pensamiento en el cual la salud se inscribe en occidente es la ciencia, la cual es desde el sentido común inobjetable, pues se basa en principios aceptados, entiéndase: la razón, la experimentación y la objetividad. Sin embargo estos principios, como todo en la vida, no son incontestables. La objetividad ha sido cuestionada profundamente no sólo por las ciencias no duras (antropología, historia, psicología, etc.) sino por la madre de las ciencias, la física, a partir de la teoría cuántica, que incluso ha llegado a proponer el cambio del término de observador por el de colaborador; la experimentación, que es base de la producción de evidencia, está en constante renovación y con ella la evidencia en constante actualización, y la razón no es potestad exclusiva de occidente.

La forma hegemónica de entender la salud es un producto moderno y positivista, una producción particular de una época. Frente a ella existen diversas propuestas no occidentales, no modernas, de entender la salud. Antes de la medicina y aún ahora, la gente tenía y tiene otras maneras de curarse, pero sobre todo tiene otras maneras de comprender qué es la salud. Estas maneras de comprender empatan bien con los enfoques más actuales de la ciencia médica y las terapias experimentales, preocupadas más por la promoción y la prevención que por la curación, pero también por el papel de los determinantes sociales de la salud, por el rol de la familia y la comunidad, el papel del medio ambiente y de la primacía de la salud mental, entre otros.

Lo que conviene entender es que sobre la salud han existido otras tradiciones que no se asientan en los mismos principios que aquellos de la salud occidental y que han probado también en muchos casos ser efectivos, así como la salud desde un enfoque moderno se encuentra en ciertos casos en un estado de incertidumbre respecto a sus propios resultados.



En otras tradiciones filosóficas la singularidad no tiene una primacía sobre la universalidad, lo singular y lo universal están más bien relacionados, el todo tiene un efecto sobre la parte, y esta un efecto sobre el todo. En estas tradiciones -andinas, amazónicas, orientales, entre otras- la salud está a su vez delimitada de otra manera, se trata de culturas en las que la separación moderna del hombre y la naturaleza, de un sujeto con intencionalidad frente a un objeto inerte, no está dada. En dichas tradiciones el hombre considera que interactúa con la naturaleza en los mismos términos en los que esta decide interactuar con él, bajo este punto de vista cualquier separación es forzada.

En tales tradiciones la salud es entendida como armonía, entendida a su vez como un equilibrio general en la vida; mente, cuerpo y espíritu pueden influir uno en el otro, pero es más, pueden influir en los demás seres con los que se mantienen relaciones sociales, sean estos animales, plantas, seres considerados por nosotros como inanimados, tales como piedras, montañas o fenómenos meteorológicos como el viento o el arcoíris.

Se trata de visiones propias de un mundo no moderno, no desencantado, en cierto sentido mágico, pero una vez más, tal como mencionáramos para la ciencia moderna, no necesariamente falso. En muchos casos este mundo puede y tiene caminos de diálogo con la ciencia moderna, como en la implementación de servicios de salud con pertinencia intercultural para la atención del parto los cuales incorporan, por ejemplo, el parto vertical o el uso de plantas medicinales. En otros casos el diálogo es más difícil, por ejemplo en las llamadas sanaciones, que hacen uso de técnicas tan diversas como la oración, las limpiezas, el uso de objetos mágicos entre muchas otras. En muchos casos estas técnicas tienen un efecto positivo sobre el paciente, en muchos otros no. Al no poder explicar porque a veces sí son efectivas y a veces no, la ciencia médica las ha rechazado, estableciendo un estatus que no siempre se exige a sí misma.

La gran dificultad que existe para el diálogo entre distintas tradiciones de la salud parece tener por base la diferencia entre lo que podría llamarse el camino de la prueba externa y el camino de la prueba interna. El primero es el de la ciencia y exige que cualquier tratamiento haya pasado por una cantidad de pruebas que garanticen seguridad, he ahí su virtud. En el otro lado lo que se exige es la prueba interna, donde el tratamiento es particular y cada uno es quien debe verificar su eficacia. Esto se relaciona con el camino interior; la exploración de la propia condición del ser, muchas veces en compañía de aliados de la naturaleza, tal como promueven los chamanes andinos y amazónicos.

Nada de esto último se compagina bien con la ciencia y es justamente por eso que exige más exploración y no la cerrazón ante la diversidad de cosmovisiones que subyacen a nuestras aproximaciones a la salud. Lo mejor

de la ciencia ha resultado de la curiosidad de mentes abiertas. Esta exploración es necesaria pues estos caminos de la salud son los que recorre la gente común antes o después de pasar por el establecimiento, en realidad el establecimiento de salud pública es una opción más; debemos aprender a respetar e intentar comprender por qué se da esto, es muy probable que no sólo no estemos haciendo bien el trabajo sino que hayamos equivocado el rumbo y seamos nosotros los que nos alejamos de la gente y no ella del sistema de salud pública.

Se trata de una ruta complicada pues el servicio de salud no sólo se enfrenta a la pluriculturalidad de la población sino a su condición heterogénea, categoría que hace referencia a que cada quien mantiene la diversidad dentro de sí y de ella articulamos distintos referentes de acuerdo a cada situación; léase, nuestra condición indígena en un momento, la de provinciano en otro, la de migrante a veces. Así mismo con la salud, pues el usuario de los servicios no necesariamente verá contradicciones en acudir al establecimiento y hacerse una limpieza, o hacer uso de algún tratamiento oriental como la acupuntura y recurrir a la oración al mismo tiempo.

Todo lo expuesto sólo busca llevarnos a reflexionar sobre la diversidad y complejidad de aproximaciones a la salud que podemos encontrar entre los usuarios de los servicios y la necesidad de contar con un sistema de salud que responda adecuadamente a esta diversidad para poder garantizar una verdadera inclusión y el cumplimiento del derecho a la salud.

SISTEMA Y MODELO

Tal vez es necesario empezar recordando que el concepto de sistemas no es propiedad exclusiva de las ciencias de la salud, como podría pensarse a partir de usos tan comunes como 'sistema respiratorio'. En realidad el enfoque de sistemas ha sido desarrollado no sólo por otras ciencias sino aún más por disciplinas aplicadas y preocupadas por la producción de diseños rigurosos, tales como la administración, la ingeniería en general, o de manera más específica la ingeniería de sistemas.

Una primera característica de los sistemas es que su definición siempre es arbitraria, es decir, qué está dentro del sistema y qué fuera sólo puede establecerse a partir del objetivo que se trace aquél que quiere estudiar dicho sistema. Un sistema es un conjunto inacabable de variables, estudiar todas es irreal, uno delimita cuáles estudiará de acuerdo a las metas que se proponga.

Una segunda característica de los sistemas es que todos son abiertos en alguna medida. Se dice que un sistema es abierto pues guarda relación con un entorno, todo sistema es parte de otro. Un sistema cerrado puro es sólo una creación teórica, todo sistema es más o menos abierto.

Los sistemas abiertos son también dinámicos, varían en el tiempo a partir de su interacción con el ambiente, el cual le genera entradas y al cual el sistema responde con salidas, lo que nos lleva a una primera definición de sistema como **disposición delimitada de entidades interactuantes**.

A estas entidades se le llama componentes y pueden ser: elementos, procesos y subsistemas. La modificación de estos componentes es lo que entendemos como experimento, estos también pueden consistir en introducir cambios en las entradas del sistema para luego registrar las modificaciones en las salidas.

Algunas otras características, que consideramos importantes para pensar los sistemas de salud son:

- Al ser abierto, todo sistema se caracteriza por un proceso de cambio infinito con su entorno (otros sistemas), cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra pues pierde sus ingresos.
- Las funciones del sistema dependen de su estructura, es decir, un sistema sólo funciona para aquello que su estructura le permita.
- Totalidad o globalismo: al ser los sistemas un conjunto de entidades interactuantes, la modificación de una de las unidades del sistema con seguridad producirá cambios en las otras; es decir, el sistema se ajusta como un todo.
- Del cambio constante y el ajuste global se derivan dos consecuencias, la entropía y la homeostasis.
- La entropía es la tendencia del sistema a la desintegración, la tendencia al relajamiento de los estándares y el ingreso de la aleatoriedad.
- Mientras más cerrado el sistema mayor tendencia a la entropía.
- La homeostasis es la tendencia al equilibrio dinámico interno frente a los cambios externos.
- Los sistemas abiertos restauran su propia energía y reparan pérdidas en su propia organización.

La realización de ensayos sobre un sistema para observar las reacciones del mismo es lo que se suele definir como experimento. En ciencias el objetivo del experimento es la obtención de leyes de su comportamiento, expresadas cuando es posible en lenguaje matemático.

Como se puede deducir, existe un dilema en la introducción de modificaciones a los sistemas, tal vez dicho dilema sea menor cuando el sistema con el que se trabaja sea una máquina o una entidad no viva, pero la modificación de un sistema climático o un sistema fisiológico, o del sistema de salud, puede tener consecuencias serias para la vida de las personas y es aquí donde aparece como necesario el uso de modelos.

Un modelo de un sistema es básicamente una herramienta que permite responder interrogantes sobre este último sin tener que recurrir a la experimentación sobre el mismo. Un modelo es una representación siempre simplificada de la realidad, puede tener un fin científico o didáctico. El modelo científico nos permite realizar experimentos no sobre el sistema, sino simulaciones, que viene a ser un experimento sobre el modelo. Algunas ciencias realizan un uso intensivo de esta oportunidad, como la economía, a través de modelos matemáticos.

Podemos entender la simulación a través de modelos como una forma de verificar hipótesis sobre las cuales no podemos realizar experimentación. Como se entenderá hasta aquí, los modelos se prueban, usando un lenguaje matemático, a través de la observación de sus salidas, o a través de la observación de la coherencia lógica interna cuando se trata de un modelo conceptual en el que el uso de lenguaje matemático no es posible. Si bien el modelo debe ser fiel representación del sistema real, por razones de simplicidad se eliminan de él detalles que no interesan y que lo complicarían innecesariamente. La descripción del sistema puede ser a través de un modelo físico, gráfico o simplemente verbal, las reglas son usadas para definir el aspecto dinámico del modelo.

El modelo que este documento presenta podría ser definido como un modelo científico – didáctico; es decir, un conjunto de elementos que logra representar un aspecto de la realidad a modo de descripción verbal, visual y lógica; una analogía sintética, coherente y exhaustiva del sistema que consideramos necesario para la salud integral e incluyente; a la vez, una proyección flexible de una realidad a modo de teoría, que ofrece la oportunidad directa de revisar y proponer ideas, acciones y paradigmas.

Para la OMS un sistema de salud puede ser definido como "... la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero."³. Nosotros apostamos por un enfoque más amplio,

³ <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>

que además del ámbito institucional que esta definición propone, incluya también un ámbito comunitario. Consideramos que prestar atención a lo comunitario es indispensable si realmente queremos conseguir un sistema integral e incluyente, por tanto, el modelo que este documento presenta tiene una clara preocupación por la diversidad de la realidad socio cultural de la salud y su construcción como un trabajo compartido por el sector, los gobiernos locales y la ciudadanía organizada.

6. ÁMBITOS

La participación de la comunidad a través de sus instituciones es fundamental en la gestión de los servicios de salud. Esta participación hace que se deban reconocer en la formulación de los modelos de Atención y Gestión dos ámbitos de trabajo que deben ser complementarios: el ámbito institucional y el ámbito comunitario.

El ámbito institucional está determinado por la estructura formal de los servicios de salud, que en este caso está referido a los servicios públicos. Se caracteriza por tener una estructura definida, tanto en su interior como en la relación con los otros niveles del sistema. Los recursos humanos con que cuenta, por lo general, gozan de estabilidad funcionaria y sus actividades están reguladas mediante estatutos, reglamentos, descripciones de funciones y normas.

El ámbito comunitario está constituido por la población en general y por sus instituciones reconocidas, ya sea de manera formal o meramente consuetudinaria. Entre las instituciones se hallan aquellas que representan al gobierno central, departamental/regional y/o local; además de organizaciones cívicas, gremiales, políticas y sociales. Estas instituciones cuentan asimismo con estructuras definidas y reglamentos, pero en el desarrollo de sus actividades están sujetas a un constante juego de intereses de sectores políticos y sociales. El espacio comunitario tiene tres características principales: en primer lugar **es procesal y multidimensional**, es decir existen diversos procesos que generan convergencias y divergencias entre lógicas internas distintas. Esto se traduce en formas variadas de organización, normas, actividades cotidianas, hábitos y roles entre los actores comunitarios. En segundo lugar su naturaleza organizativa **no depende del predominio de una fuente de racionalidad**, por el contrario está determinado por la tradición cultural, la estratificación económica y las estructuras locales de poder. Los actores comunitarios interactúan y negocian sobre diferentes asuntos locales.

Finalmente es el colectivo local quién **procesa prácticas y conocimientos** propios y/o ajenos, generando sus propias síntesis (VERDUGO: 2002).

La relación entre estos dos ámbitos en algún momento puede verse afectada por los cambios sociales de la comunidad. Esto hace imprescindible establecer espacios de análisis y reflexión entre ambos, de tal manera que la problemática de la atención y gestión de los servicios de salud sea conocida por la población y puedan aportar con su concurso, tanto directo como a través de gestiones ante los niveles respectivos.

También es en estos espacios en los cuales el personal de los establecimientos de salud conocerá la imagen que sobre sus prestaciones de salud tiene la sociedad, y también las necesidades y expectativas que tienen en salud. Además es en este espacio donde se tratarán los determinantes de salud a través de análisis intersectoriales y se conocerá la capacidad de la comunidad para contar con atenciones de medicina tradicional y autocuidado de su salud. Si bien en la presente propuesta está pensada para el Primer Nivel de Atención, donde la relación de los establecimientos de salud con la comunidad se hace mediante reuniones locales en las que participa la comunidad o sus legítimos representantes, esto no debe quedar ahí, sino que debe irse replicando en la manera en que se va pasando a niveles de mayor complejidad, que se encuentran en áreas poblacionales también de mayor complejidad y de allí surgirán espacios de análisis y reflexión en municipios, departamentos o regiones e incluso el propio estado o nación.

7. MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN

Desde el campo de la salud pública clásica el concepto de modelo de atención ha tenido diferentes connotaciones o aplicaciones. Uno de sus usos más comunes es para referirse a la caracterización teórica del Sistema de Salud de un país (p.e: modelo de asistencia pública o de seguro social), también se ha aplicado al análisis de niveles de atención en salud (p.e. Modelo Hospitalario) o para la representación de procedimientos de atención o intervención específicos (Modelo de Atención para el/la paciente adulto mayor).

En términos generales la noción de modelo de atención se refiere al contenido de la misma, mientras que el concepto de modelo de gestión hace referencia a la organización y procesos requeridos para brindar dicha atención (JIMENEZ: 2004). Por esta razón y considerando su interdependencia, estos modelos son concebidos de manera unificada y la separación se utilizará tan solo con fines esquemáticos y metodológicos.

Además es conveniente indicar que la definición de Modelo de Gestión y Atención en Salud, para fines de este documento, estará enmarcada en relación con los niveles de atención de un Sistema de Salud y delimitada específicamente hacia el Primer Nivel de Atención.

A partir de las consideraciones anteriores definimos el Modelo de Atención y Gestión como la representación o caracterización del Primer Nivel de Atención de un sistema público de salud en lo referente a su(s) concepción(es) de salud-enfermedad, sus conocimientos y prácticas para la promoción, prevención, curación y rehabilitación; así como la organización, recursos y procesos para concretar dichos enfoques de atención.

Para fines esquemáticos los componentes principales del **Modelo de Atención son**: la concepción de salud-enfermedad, enfoques y atributos que le sustentan (ya descritos), su contenido o nivel programático normativo y su desarrollo o nivel instrumental operativo.

Para el caso del **Modelo de Gestión** los componentes a desarrollar será el ciclo administrativo: conformado por los procesos de dirección, planificación, organización, control (y como parte de éste la vigilancia en salud/sistema de información) así como el personal y los recursos financieros.

8. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN

8.1 CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD

La salud es un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad es el estado que resulta de la interrupción en el equilibrio y armonía de estas relaciones⁴.

Generalmente el concepto de salud-enfermedad es concebido con un solo criterio, que se aplica a todas las sociedades por igual sin considerar que este concepto varía según la sociedad que lo interpreta. Por tanto no hay un concepto único de salud sino más bien hay una existencia en paralelo, y en constante retroalimentación, de varios conceptos y prácticas en el campo de la salud-enfermedad. Aunque existen diferentes conceptos, en Latinoamérica la concepción dominante es la del modelo biomédico occidental, con tendencia a la exclusividad.

En el siguiente cuadro se muestran las diferencias existentes entre una concepción del proceso salud-enfermedad del modelo médico hegemónico y aquella que tiene un modelo incluyente de salud.

4 Taller UMIIDES Guatemala, mayo 2011. Trabajo grupal de los integrantes del proyecto Multipaís: Perú, Bolivia, Guatemala.

ILUSTRACIÓN I:

CUADRO DE DIVERGENCIAS DE CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

CONCEPCION DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	CONCEPCION INCLUYENTE DE SALUD
Biologicista	Multidimensional
Individual	Individuo, familia, comunidad, entorno
Ahistórico	Procesal

Con base en lo anterior se propone una concepción incluyente que caracteriza a la salud-enfermedad a partir de dos aspectos: su carácter procesal y su naturaleza multidimensional. Lo procesal significa que la salud-enfermedad no es algo estático sino en movimiento y constante cambio. Y lo multidimensional se refiere a que está determinada no sólo por lo biológico sino además por factores sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, espirituales, energéticos y políticos que inciden sobre la persona individual y las colectividades. La importancia de partir de una concepción incluyente es la posibilidad de reconocer la existencia de diferentes lógicas y matrices socioculturales para entender la salud-enfermedad, así como la validez de otras concepciones y prácticas (modelos de salud) distintas a la oficial. A partir de ello es posible reconocer, aceptar, comprender y promover los modelos de salud tradicionales y populares, así como el modelo de autoatención con miras a una articulación-complementación de saberes y prácticas.

8.2 MODELO DE ATENCIÓN

Consideramos que para poder implementar un proyecto que busca mejorar el modelo de salud fortaleciendo la salud familiar y comunal, es útil repasar el concepto de atención planteado originalmente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata en 1978, convocada por la Organización Mundial de Salud (OMS), allí la atención primaria en salud es vista como:

“... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte

integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.”(OMS: 1978)

A lo anterior hay que agregar un elemento indispensable, la atención integral que, como mencionamos al inicio del documento, parte de reconocer la multidimensionalidad de la persona. Deberíamos agregar su carácter holístico y relacional. Es decir, el ser humano lo es en tanto su individualidad se define en medio de una colectividad, que finalmente abarca todo lo que lo rodea y con lo que se relaciona y, aún más allá, una serie de elementos con los que no tiene contacto directo. El hombre además es por naturaleza plural, lo que quiere decir que su concepción sobre salud y enfermedad es diversa y se desprende hacia diferentes horizontes a partir de su diferencia cultural, de género, estatus, lengua, procedencia, entre otras.

Cada una de estas dimensiones enriquece y complejiza la vida, por tanto, un modelo de atención que no se fije en estas dimensiones no es capaz de responder a las necesidades o a los marcos estructurantes de su problemática de salud y las condiciones de su bienestar.

Por lo expuesto, el modelo de atención debe proponerse trascender los horizontes que han restringido la salud a un conjunto de prioridades nacionales. Esto de ninguna manera quiere decir descuidar aspectos fundamentales para el desarrollo humano en el país, como la salud materno infantil o el estado nutricional de las niñas y niños, sino realizar una propuesta creativa que permita llevar la atención más allá, para cumplir con el derecho a la salud de todos y con las aspiraciones de la atención primaria en salud, sin descuidar las prioridades nacionales recogidas en las Estrategias Nacionales de Salud. Existen experiencias que refrendan las propuestas que a continuación presentamos, estas han sido pensadas para cumplir con el derecho más universal de atención primaria en salud a través de intervenciones más eficientes, así como, tener un efecto ordenador sobre la estructura de la demanda.

8.3 NIVEL PROGRAMÁTICO OPERATIVO

En toda la región el esfuerzo por lograr la atención primaria en salud y un conjunto de metas globales ha llevado a los ministerios de salud pública a impulsar distintos modelos de intervención que han priorizado un diseño de estrategias verticales. En Perú la resolución ministerial N° 771 del 2004 da creación a 10 estrategias; en la actualidad estas han crecido hasta convertirse en quince. Es decir, las estrategias de salud son el conjunto de procesos que el Ministerio ha propuesto para cumplir con su mandato de garantizar el derecho a la salud. A lo anterior hay que agregar que durante el 2009, bajo Resolución Ministerial N° 538; se crean las Etapas de Vida y

se resuelve adecuar la atención integral tal como fue definida en el 2003 para cumplir con la atención primaria. Ambas resoluciones se amparan en el modelo de atención integral tal como fue definido en el 2003. Lo cierto es que la existencia de estrategias y etapas ha servido para concentrar la atención en un conjunto de problemáticas que afectan al país, algunas han recibido una atención más profunda, por ser problemas ampliamente reconocidos a nivel nacional e internacional y por tanto haber sido y ser actualmente foco de preocupación de la comunidad internacional de naciones en lo correspondiente a salud. Nos referimos a estrategias como el programa nacional de inmunizaciones y a todas aquellas intervenciones, sea por Estrategia o por Etapa de Vida, que concentran su atención en la gestante y el recién nacido. Se trata de prioridades nacionales y es necesario que todos reconozcamos la importancia de mantenerlas como tales.

Al mismo tiempo una serie de preocupaciones han ido surgiendo. Es por ejemplo reconocido que los hombres adultos tienen menos acercamiento al establecimiento de salud, también es un reclamo desde diversos lados una mayor preocupación por la salud del adulto mayor. A lo anterior se suman diversos esfuerzos por poner un mayor acento en la promoción y la prevención, en el caso peruano a través de estrategias de familias, escuelas, comunidades y municipios saludables.

Finalmente, tal como las experiencias de otros países muestran, el desarrollo de estrategias y tácticas de salud familiar y comunal ha sido clave para la construcción de una verdadera atención integral en salud.

Lo expuesto es reconocido por una diversidad de actores, que desde su especialidad están convencidos de la importancia de continuar un trabajo por estrategias de salud y/o Etapas de Vida, pero que extrañan una alternativa en que todo esto pueda insertarse en un marco de atención integral e integrada en el Primer Nivel, con un fuerte acento en la familia y la comunidad.

La clave de lo anterior pareciera estar en la manera cómo programamos nuestra intervención, es pertinente señalar que al hablar de lo programático operativo nos referimos a la estructura dinámica en la que se enmarcan las operaciones que se realizarán para alcanzar los objetivos del modelo. El mismo término: **programas**, puede generar confusión, pues ha recibido diversos usos, en algunos casos equivalente a estrategias, en otros se le considera una suma de proyectos. En cualquier caso, se haya incluido o evitado su uso, un sistema y un modelo de salud requieren de un marco organizativo para que las operaciones que se realizan con el fin de brindar atención en salud se orienten hacia los objetivos del modelo. El marco programático operativo sostiene la propuesta, su ejecución le brinda coherencia. Las acciones, la manera en que se llevan a cabo y la forma en que nos organizamos para ello debe corresponderse con nuestros objetivos, en este caso atención

integral e incluyente bajo un enfoque de derecho a la salud, y habría que agregar mínimamente con pertinencia intercultural y de género.

Habría que señalar que aunque se evite el uso del término, cualquier modelo e intervención tiene un diseño programático operativo. Aunque al no ser expuesto explícitamente o se ignore su existencia, un modelo – probablemente no el más deseable– opera por debajo de las intenciones de los responsables de salud, por esto es deseable hacer el diseño programático operativo lo más explícito posible.

8.3.1 LA HORIZONTALIZACIÓN DE LA ATENCION EN EL PRIMER NIVEL

Lo señalado es importante porque el primer reto para el Modelo de Salud Nacional podría plantearse de la siguiente manera ¿Cómo ofrecemos integralidad en la atención?, es decir, ¿Cómo, sin perder las prioridades nacionales (Estrategias Nacionales de Salud), podemos hacer atención integral con enfoque en familia y comunidad, respetando el derecho a la salud, de una manera incluyente?

Creemos que esta pregunta ronda a los profesionales de salud nacional hace mucho, por tanto su respuesta ya se ha ensayado, no hay una revelación trascendente en lo que presentamos acá, sólo intentamos ir más allá. En diversas partes del país (Querencia y Acos –Huaral y José Olaya –Independencia Lima, entre otros), se ha iniciado un proceso de impulso a la atención integral. Además, desde el nacimiento de las Etapas de Vida hemos visto surgir tanto a nivel nacional como regional diversas propuestas de atención integral, por ejemplo: al niño, al adolescente o al adulto mayor.

El MAIS BFC 2011 reúne un conjunto amplio de indicadores trazadores (llamados cuidados esenciales en el MAIS 2003) por Etapa de Vida, a su vez repartidos según atención individual, familiar y comunitaria. Consideramos que para el Primer Nivel de Atención, este es el camino hacia la atención integral. Lo que se requiere en este momento es hacer un profundo ejercicio de horizontalización de estos indicadores trazadores, un ejercicio que tome en cuenta que en la actualidad, en cada establecimiento de salud 1.1 y 1.2 (y en ciertos establecimientos 1.3 y 1.4 a nivel rural) los profesionales no médicos y los técnicos de salud que ahí laboran, tienen la obligación de responder a los diversos requerimientos desde varias de las 15 estrategias y 6 etapas de vida nacionales, sin contar con lo que otras áreas como Calidad de la Salud, Promoción de la Salud (PROMSA), las Redes y otras dependencias regionales les exigen.

Esto repercute en la calidad del servicio, todos sabemos que tenemos ciertas exigencias que no necesariamente se corresponden con el perfil de los profesionales, que además tenemos profesionales saturados por trabajo administrativo por un lado y las exigencias de sus comunidades por el otro. Es difícil brindar atención integral cuando el diseño actual de la atención en salud no es integral sino compartimentalizado.

La atención integral significa, sin dejar la rigurosidad científica, trascender el fundamentalismo biomédico que lleva a ver a las personas como un conjunto de órganos y sistemas y entenderlos como in/dividuos, personas, pero también entender que ellos son una parte funcional en un conjunto más amplio llamado familia, que a su vez conforma también una parte activa de un sistema más amplio llamado comunidad. Debemos recuperar un enfoque holístico, que en esencia hace referencia a que existe una correspondencia entre la unidad y el todo, de forma tal que lo que le sucede a la comunidad es importante para el individuo y viceversa.

Lo expuesto funda nuestra propuesta programática operativa. Pensamos que para realizarla es indispensable hacer un ejercicio participativo de horizontalización de programas verticales, que permita al nivel nacional visibilizar la carga que pesa de forma conjunta sobre los establecimientos de Primer Nivel, pero además ver coincidencias, repeticiones y ausencias, incluso repensar prioridades tanto de atención como de vigilancia de la salud, tomando en cuenta el carácter del Primer Nivel y su rol más centrado en lo preventivo promocional. Esto además, como exponemos más adelante, nos debe llevar a repensar otras dimensiones del modelo, como, la organización de la red de servicios, la formación del recurso humano, el diseño de nuestros sistemas de vigilancia e información y la organización del trabajo en el establecimiento y su relación con los niveles superiores, entre otros.

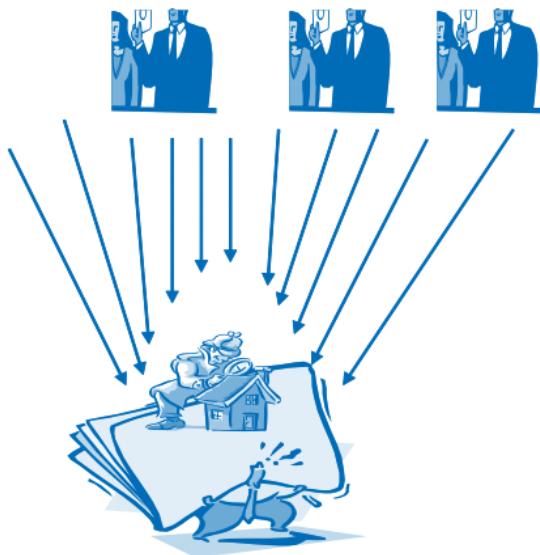
La propuesta entonces es trabajar en el Primer Nivel a partir de tres programas de atención: individual, familiar y comunitario, que permitan horizontalizar de manera razonable las intervenciones de las distintas Estrategias Nacionales de Salud, respetando la división actual de Etapas de Vida y las prioridades nacionales, pero realizando un nivel de reordenamiento y re priorización para la atención integral y potenciar la eficiencia y eficacia de los equipos locales de salud.

En las ilustraciones siguientes, ustedes pueden observar de una forma gráfica y resumida primero lo que significa la horizontalización y luego, cuál es el sentido general de esta estructura programática, el mismo que a nuestro juicio responde al carácter del Primer Nivel y al objetivo de atención integral incluyente con un enfoque de derechos.

ILUSTRACIÓN 2:

HORIZONTALIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL

Impacto actual en el Primer Nivel, de las Estrategias Nacionales de Salud: aplicación vertical

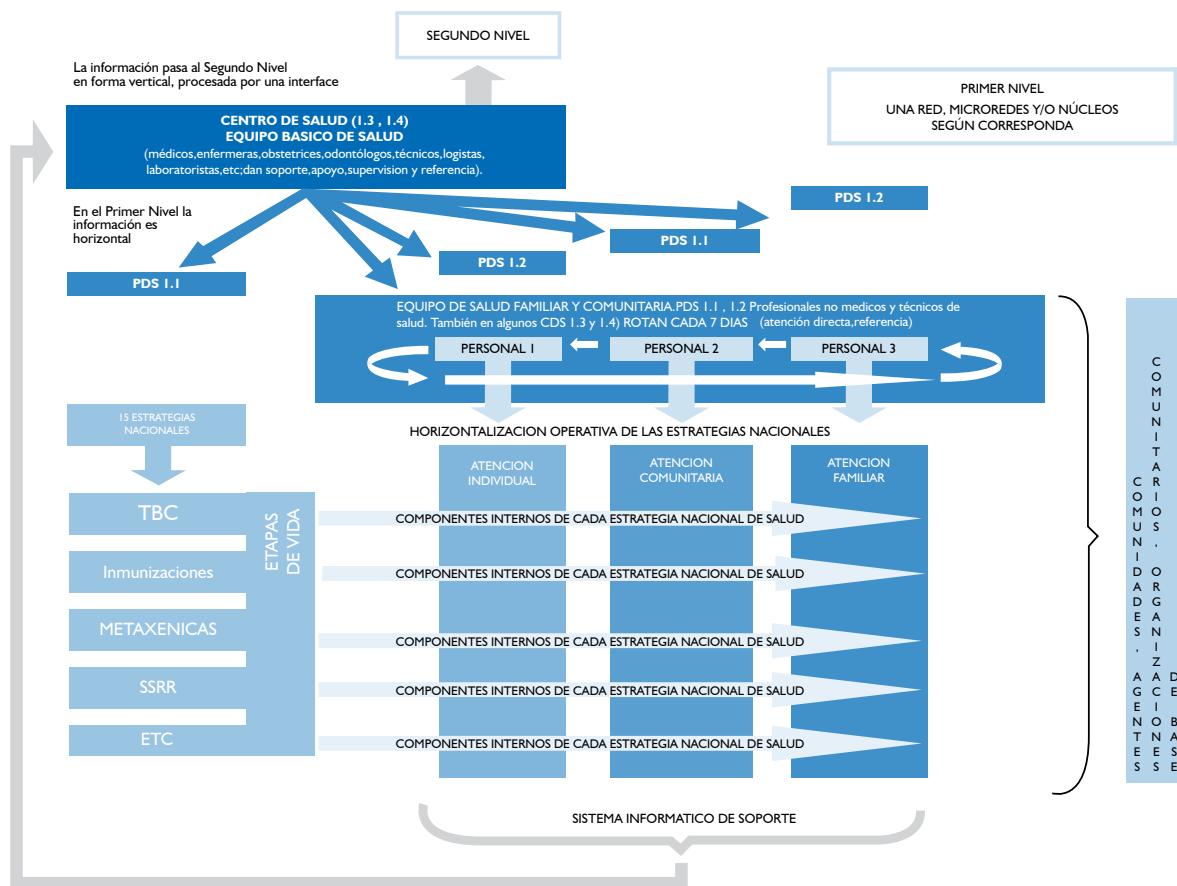


Propuesta: Horizontalizarse e integrar aplicación y normas de las ENS.



* Cabe señalar que, aún llevando el título de estrategia, Salud Familiar busca justamente una atención integral a través de la horizontalización.

ILUSTRACIÓN 3: DISEÑO PROGRAMÁTICO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INCLUYENTE



Es decir, el ejercicio de horizontalización es un proceso de análisis síntesis, que en una primera parte consiste en descomponer los cuidados - atenciones de cada Estrategia Nacional de Salud para reconfigurarlos de manera horizontal -en el Primer Nivel de Atención- en sólo tres programas: individual, familiar y comunitario, respondiendo a su vez cada uno de ellos a las Etapas de Vida.

8.3.2 LA INTRODUCCIÓN DE LO FAMILIAR Y COMUNITARIO

Las ciencias de la salud han explorado desde distintos campos la relación entre la organización familiar y el desarrollo biológico de sus integrantes, tal es el caso de los estudios sobre fecundidad, nutrición, morbimortalidad infantil, uso de los servicios de salud, entre otros; asimismo se ha estudiado la conexión entre las relaciones intrafamiliares y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas y mentales. Para nuestro enfoque es importante tomar consciencia que la familia es una unidad biopsicosocial donde se transmiten creencias, hábitos, percepciones de riesgos para la salud y se condicionan conductas de los integrantes de la familia frente a la enfermedad y los servicios de la salud (BAETA NEVES: S/F). Todo individuo a lo largo de su vida se adscribe a ciertas estructuras de organización social, siendo la más importante y permanente la familia, pues aún cambiando, toda persona siempre pasa a estar inscrito en una. De lo anterior se desprende la necesidad de considerar a la familia como una unidad no sólo social sino también de salud, pues es en ella que se desarrollarán las principales pautas de acción frente a la enfermedad.

Por lo expuesto se puede ver que la salud de las familias es más que la suma de la salud de los individuos. Una familia es antes que nada una institución, un conjunto de eventos sociales significativos que desarrollan individuos relacionados por afinidad o consanguinidad.

Hasta aquí se puede percibir la importancia de la concepción de salud que maneja el modelo. En nuestro caso no sólo se ha propuesto una definición que trasciende lo biomédico sino que hemos dejado abierta la posibilidad de diversas concepciones de salud enfermedad. La familia es un espacio diverso en relación directa a contextos sociales y culturales, pero es en general un espacio de desarrollo humano en el que se generan condiciones sociales esenciales para el mantenimiento o pérdida de la salud. Sea que se conciba la salud a partir de un enfoque de necesidades, de un enfoque de derechos o de un enfoque de reproducción social, el reconocimiento del rol central que juegan los determinantes sociales en la salud nos obliga a tomar en cuenta la centralidad de la familia como espacio de intervención en la búsqueda de la consecución de la salud integral. Si la familia es comprendida más como un sistema que como una suma de individuos, la salud familiar haría referencia al correcto funcionamiento de este sistema. Para ello es importante reconocer que hay distintos tipos de familia y distintas etapas o ciclos familiares, las funciones en cada etapa son distintas.

ILUSTRACIÓN 4:

TIPO DE FAMILIA⁵

NUCLEAR	Constituida por ambos padres y los hijos
EXTENDIDA	Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación,
AMPLIADA	Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como , sobrinos, cuñados, primos, etc.
MONOPARENTAL	Formada por el padre o la madre y los hijos
RECONSTITUIDA	Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos

ILUSTRACION 5:

CICLO VITAL FAMILIAR⁶

FAMILIA EN FORMACIÓN	Pareja que aún no tiene <ul style="list-style-type: none">• Matrimonio o convivencia• Embarazo
FAMILIA EN EXPANSIÓN.	Pareja con hijos <ul style="list-style-type: none">• Nacimiento del primer hijo• Hijo en edad preescolar• Hijo en edad escolar• Hijo en edad adolescente• Hijo en edad adulta
FAMILIA EN DISPERSIÓN.	Familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos en el hogar. Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el ultimo.
FAMILIA EN CONTRACCIÓN.	Familia en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola. <ul style="list-style-type: none">• Jubilación• Retiro y muerte de cónyuge

5 - MAIS BFC, MINSA 2011.

6 - IDEM.

La dimensión comunitaria de la salud está estrechamente relacionada a la salud individual y familiar, en realidad la atención primaria sólo se puede lograr si se incluye la salud comunitaria. Esta se basa justamente en el desarrollo de una metodología llamada APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad), que busca responder a las metas establecidas en Alma Ata. Una vez más, la comunidad es más que la suma de sus individuos o familias, es un espacio en el que se establecen relaciones de diverso tipo, determinadas por un mismo contexto histórico social local. En dicho espacio sin embargo podrían existir diversos conjuntos socioculturales y por tanto una compleja estratificación socioeconómico cultural, lo que a su vez configure perfiles de morbilidad heterogéneos (GOFIN: 2007).

La realización de la salud comunitaria implica la existencia de una población con una base geográfica común, la atención abarcará a todos los miembros de la comunidad, debe haber además un equipo de atención primaria inserto en una Red mayor, debe involucrarse la participación de la propia comunidad y debe haber un equipo multidisciplinario con capacidad de movilizarse fuera del centro de salud.

8.3.3 LOS PROGRAMAS HORIZONTALES Y LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL

El Modelo propone trabajar bajo tres programas: individual, familiar y comunitario. Como se explicó en nuestra conceptualización del proceso de salud enfermedad, se intenta partir de una concepción de salud incluyente, la cual, si bien no evade la necesidad de definiciones, deja abierta la interpretación de las causas del proceso de pérdida de armonía al que llamamos enfermedad. Sin embargo, partir de distintas matrices interpretativas no se contraponen a nuestra propuesta programática. En sí todas las interpretaciones del proceso de salud enfermedad van más allá de lo biologicista, individual y ahistórico, es decir, incluyen al conjunto de la sociedad y el ambiente (que según distintas interpretaciones socioculturales es a veces comprendido como parte de la sociedad) como componentes del todo armónico y del proceso que garantiza el estado de salud o, en su defecto, la pérdida de armonía y el consecuente surgimiento de la enfermedad. Es por eso que las diferentes interpretaciones del proceso salud – enfermedad, suelen partir del reconocimiento de la existencia de determinantes sociales de la salud. Repasaremos brevemente dos formas diferentes de interpretar los llamados determinantes sociales de la salud: *El esquema RS -Reproducción Social-*, que ha guiado la construcción del modelo de atención de salud de la experiencia de Medicus Mundi en Guatemala, y el esquema de *Necesidades*, que ha guiado la construcción del MAIS BFC de Perú.

8.3.3.1 ENFOQUE DE REPRODUCCIÓN SOCIAL⁷

La Reproducción Social es entendida como un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad. Ha sido utilizada en el campo de la salud para estudiar las determinantes y condicionantes entre lo social y lo biológico, en el marco de la especificación histórica y comportamiento diferencial del proceso salud enfermedad de una población dada. Por motivos de practicidad se subdivide en tres procesos: producción y consumo (más de corte material) y socio cultural. La interrelación de los tres determinan las condiciones de salud de una población.

La síntesis de estos tres procesos en diversas reproducciones materiales y culturales en una sociedad, permite identificar en ella a diferentes conjuntos socio-culturales que reproducen condiciones y acciones sociales, económicas, culturales y políticas que les caracteriza. De igual manera, a una determinada concreción de los aspectos productivos, de consumo y socioculturales podemos identificar una distribución y comportamiento específico del proceso salud enfermedad. Es decir, que como corresponde a un conjunto socio-cultural una determinada reproducción social, igualmente corresponde una determinada expresión del proceso salud enfermedad en perfiles de morbilidad y mortalidad característicos de ese conjunto.

Desde esta perspectiva se puede trazar la ruta de los tres programas identificados, el programa individual estaría relacionado con la forma particular como las personas se insertan en el sistema productivo, específicamente con las características del proceso laboral en el que participan y de los beneficios que de él se generan; el programa familiar, caracterizado por los bienes y servicios generados por sus miembros para el autoconsumo y por el ingreso familiar conformado por los ingresos individuales de sus miembros; y, el programa comunitario, constituido por las formas socializadas de consumo que son las generadas de manera colectiva por la comunidad

8.3.3.2 ENFOQUE DE NECESIDADES

Partiendo de otra perspectiva el enfoque de necesidades también reconoce que determinada configuración de la reproducción social se corresponde con determinada expresión del proceso de salud enfermedad. La comisión de determinantes sociales de la salud, consideró que “los factores estructurales y las circunstancias de vida, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (MAIS: 2011). Cuando habla de los factores estructurales y las circunstancias de vida, no se está hablando de otra cosa que del proceso de reproducción social.

⁷ Estos enfoques se desarrollan ampliamente en: Verdugo, 2002.



Desde esta perspectiva los determinantes de la salud se pueden dividir en: a) De contexto, que incluyen lo socioeconómico, las políticas y las normas y valores sociales. b) Determinantes estructurales, que tienen que ver con género, etnia, posición social, ocupación, educación e ingreso y c) Determinantes intermediarios, en la que ingresan la conducta, las circunstancias materiales, la cohesión social, los factores psicosociales y biológicos. Todos estos elementos juntos determinan ciertas necesidades en salud (sentidas y no sentidas), sean estas necesidades de desarrollo, de mantenimiento, derivadas de los daños o derivadas de disfunciones y discapacidad. En esta perspectiva, los programas resultan de la identificación de las necesidades de salud de las personas (en sus diferentes etapas de vida), y de los cuidados esenciales requeridos para satisfacerlas; de la familia y el entorno, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias nacionales y regionales.

Si bien, ambas estrategias nos llevan a la construcción de un programa individual, uno familiar y uno comunitario, el caso peruano se deriva de un enfoque de necesidades, ya que no se ha realizado el análisis de la realidad sanitaria desde la categoría Reproducción Social, más sí existe una identificación de necesidades en salud y cuidados esenciales.

A continuación veremos con algún detalle cada uno de los tres programas. Hemos querido mantener un enfoque lo más abierto posible, pero hemos decidido guiarnos, para el establecimiento de los contenidos de cada uno, por el enfoque de necesidades arriba señalado, tomando en cuenta que, al igual que el de Reproducción Social, parte de la priorización de ciertos determinantes sociales de la salud.

A. PROGRAMA INDIVIDUAL

Objetivos

El objetivo del Programa Individual de Atención es avanzar en la resolución de los problemas y riesgos de salud de las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo, promocional, curativo, recuperativo y de rehabilitación.

Justificación

Cada individuo reúne diversas características de inserción laboral, condiciones de vida y lógicas socioculturales. Por esto, además de detectar los problemas de salud también se intenta conocer los modelos explicativos de las personas y sus familias sobre éstos (auto diagnóstico) y qué acciones realizan para resolverlos (camino del enfermo). Se promueve que en la consulta se entable un diálogo entre el personal de salud y la persona, y a partir de la negociación se alcancen los acuerdos para la resolución del problema y para el fortalecimiento de las capacidades para la autoatención.

B. PROGRAMA FAMILIAR

Objetivos

El objetivo de este programa es fortalecer la capacidad familiar para proteger a sus integrantes, promover la participación de la familia en los espacios comunitarios y desarrollar acciones preventivas, promocionales, curativas, recuperativas y de rehabilitación, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos que tienen las familias sobre la salud.

Justificación

La familia es un espacio estratégico pues es aquí donde se realizan las principales acciones de atención en salud (autoatención), y donde pueden identificarse las condiciones de vida que modelan la salud/enfermedad. El Programa Familiar de Salud toma en cuenta las prioridades de salud, las necesidades de la familia, sus dinámicas y lógicas socioculturales. Se dirige a la identificación de los factores (protectores o de riesgo) que influyen en la salud de la unidad familiar.

C. PROGRAMA COMUNITARIO

Objetivos

Su objetivo es la transformación de las determinantes-condicionantes y riesgos de salud de la población, promoviendo las potencialidades y el empoderamiento comunitario, basándose en la organización, participación y aumento de las capacidades de los grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Justificación

La comunidad es un espacio complejo, heterogéneo y dinámico, y está modelada por un territorio y contexto histórico-social compartidos. En este nivel local las determinantes y condicionantes de salud presentan características particulares, y es también aquí en donde se definen las principales opciones que tienen a su alcance las familias y los individuos. Aún cuando hay diferencias y desigualdades al interior de una comunidad, siempre hay un nivel de interés colectivo que potencia la cohesión comunitaria; tanto los intereses heterogéneos como los comunes, suelen expresarse a través de comités, grupos u organizaciones.

ILUSTRACIÓN 6:

CUADRO RESUMEN DEL CONTENIDO DE LAS ATENCIONES EN EL PRIMER NIVEL

Organización de las prestaciones en el Nivel Nacional Regional		Atenciones / cuidados a brindar en el Primer Nivel, a partir de la horizontalización de las estrategias nacionales para atender a la población por Etapas de Vida		
15 Estrategias Nacionales de Salud	A ser atendidas en 6 Etapas de Vida	Programa individual	Programa familiar	Programa comunitario
<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes de tránsito. • Alimentación y Nutrición Saludable. • Atención a afectados por contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas. • Inmunizaciones. • Salud ocular y prevención de la ceguera. • Salud bucal. • Salud de los pueblos indígenas. • Salud familiar. • Salud mental y cultura de paz. • Prevención y control de las ITS y VIH/Sida • PYC de tuberculosis. • PYC de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por Vectores. • PYC de daños no transmisibles • Salud sexual y salud reproductiva • Zoonosis 	<p>Niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido. • 29 días a 11 meses 29 días. • 1 año a 4 años 11 meses 29 días. • 5 años a 8 años 11 meses 29 días. • 9 a 11 años 11 meses 29 días. <p>Adolescente</p> <p>Jóven</p> <p>Adulto</p> <p>Adulto mayor</p> <p>Gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones. • Administración de micronutrientes. • Atención CRED. • Control de sanos. • Atención odontológica. • Atención diagnóstica, preventiva y tratamiento de daños diversos. • Atención integral de la gestante, parturienta y puérpera, y atención integral e inmediata del RN. • Exámenes de laboratorio de apoyo al diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral • IEC con los padres, niños, adolescentes y la familia según corresponda. • Intervenciones preventivas en situaciones de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuelas promotoras de salud: IEC con los padres, docentes, niños, adolescentes, jóvenes y/o familia según corresponda. • Municipios y comunidades saludables.

ILUSTRACIÓN 7:

COMPONENTES DE LAS ATENCIONES/CUIDADOS DE LOS PROGRAMAS INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, EXTRAIDOS DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

Etapas de Vida		Niños					Adolescentes					
		Recién nacido.	29 días a 11 meses 29 días.	1 año a 4 años 11 meses 29 días.	5 años a 8 años 11 meses 29 días.	9 a 11 años 11 meses 29 días.	12 a 14 años.	15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Establecimientos
Componentes / cuidados de atenciones individuales												
Inmunizaciones de acuerdo a programación de la estrategia nacional		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	T
Administración de micro-nutrientes	Sulfato ferroso		X	X			X	X				T
	Vitamina A		X	X			X	X				T
	Otros de acuerdo norma, región y edad		X	X			X	X				
Atención CRED	Control del RN. Lactancia adecuada y oportuna.	X										
	Estimulación temprana, Ablactancia adecuada y oportuna.	X	X									
	Evaluación nutricional. (IMC a partir de la adolescencia).		X	X	X	X	X	X	X	X		T
	Evaluación auditiva y visual.		X	X	X	X	X	X				3/4
	Evaluación músculo esquelético y locomotor.		X	X								T
	Evaluación del desarrollo psicosocial con el test de habilidades.					X	X	X				3/4
	Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.					X	X	X				3/4
	Evaluación físico-postural: asimetría de miembros, alteraciones de columna, alteraciones posturales.					X	X	X				3/4
	Evaluación orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad (talla corta, pubertad precoz, enfermedades genéticas).						X	X				3/4
Tamizaje de riesgo psicosocial, violencia, adicciones, depresión, ansiedad.						X	X	X			T	
Control de sanos	Evaluación general del estado de salud e identificar de discapacidades, identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (cánceres priorizados, diabetes, hipertensión malnutrición, osteoporosis, climaterio, endocrinas, cardiovasculares, oculares, enfermedades transmisibles: (metaxénicas, TBC, ITS, y otros), enfermedades ocupacionales, trastornos mentales. Problemas odontológicos, abandono, etc.						X	X	X	X	X	T
Atención Odontostomatológica	Examen odontológico: diagnóstico, tratamiento y consejería			X	X	X	X	X	X	X		3/4
	Determinación de factores de riesgo bucales.			X	X	X	X	X				T
	Enfermedades periodontales, mala oclusión, alteración de la articulación témporo maxilar.						X	X				II

Establecimientos T: todos I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (cetro de salud). II: Segundo Nivel.



Etapas de Vida		Niños					Adolescentes					
Componentes / cuidados de atenciones individuales		Recién nacido.	29 días a 11 meses 29 días.	1 año a 4 años 11 meses 29 días.	5 años a 8 años 11 meses 29 días.	9 a 11 años 11 meses 29 días.	12 a 14 años.	15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Establecimientos
Atención diagnóstica, preventiva y tratamiento de daños diversos.	Asfisia al nacer, sepsis neonatal, prematuridad.	X										3/4
	IRA, EDA.		X	X	X	X						T
	Malnutrición: desnutrición, sobrepeso y anemia.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	T
	SOBA-Asma		X	X	X							T
	Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.					X		X	X		X	T
	Problemas psicosociales y trastornos de salud mental: depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, adicciones, anorexia entre otros.					X	X	X				3/4
	Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, malaria, bartonelosis, dengue, fiebre amarilla, ITS Salud mental, etc.					X	X	X		X	X	T
	Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes obesidad, hiperlipidemias, cáncer de cuello uterino (jóvenes a +), etc.					X	X	X	X	X	X	T
	Consejería en salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, planificación familiar, ITS y VIH-Sida.						X	X	X	X		T
	Enfermedades transmisibles, TBC, metaxénicas, inmunoprevenibles, ITS, etc.							X	X	X	X	T
Otros de acuerdo a la patología de cada región.					X	X	X	X	X	X	T	
Atención Integral de la gestante, parturienta y puerpéra y atención integral e inmediata del RN.	Atención prenatal: vigilancia y consejería nutricional, suplementos de hierro, ácido fólico; plan de parto, despistaje de cáncer ginecológico; inmunización, evaluación ecográfica, exámenes auxiliares (grupo sanguíneo, factor Rh, hematócrito, hemoglobina, glicerina, RPR, VIH) (ELISA o tira reactiva, otros), consejería en salud reproductiva/planificación familiar; detección y eliminación de placa bacteriana. Estimulación prenatal temprana Psicoprofilaxis para el parto. Promoción de lactancia materna.							X	X	X		T
	Atención de parto y/o sus complicaciones según protocolo (incluye cesárea y monitoreo clínico fetal).							X	X	X		3/4
	Atención inmediata del RN; contacto materno precoz, control del RN.	X										
	Atención del puerperio según protocolo; administración de hierro y vitamina A; entrega de método anticonceptivo si lo solicita. Lactancia materna.							X	X	X		T
	Atención de complicaciones durante embarazo, parto y puerperio según protocolo (aborto, enfermedad hipertensiva, hemorragia, infecciones, otras).											1y2 refieren a 3/4

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.



Etapas de Vida		Niños					Adolescentes					
Componentes / cuidados de atenciones individuales		Recién nacido.	29 días a meses 29 días.	I año a 4 años meses 29 días.	5 años a 8 años meses 29 días.	9 a años meses 29 días.	12 a 14 años.	15 a 17 años, meses y 29 días.	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Establecimientos
Exámenes de apoyo al diagnóstico	Hemoglobina y perfil sanguíneo.						X	X	X	X	X	3/4
	Glucosa, colesterol, triglicéridos.						X	X	X	X	X	3/4
	Examen de orina.						X	X	X	X	X	3/4
	Descarte de metaxénicas / trasmisibles endémicas en la zona						X	X	X	X	X	3/4
	Descarte de embarazo (si el caso precisa).						X	X	X	X		3/4

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.

	Etapas de Vida	Niños					Adolescentes					
		Recién nacido.	29 días a 11 meses 29 días.	1 año a 4 años 11 meses 29 días.	5 años a 8 años 11 meses 29 días.	9 a 11 años 11 meses 29 días.	12 a 14 años.	15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Establecimientos
Visita Familiar Integral IEC y consejería a padres, niños, adolescentes y/o familia según corresponda a cada temática, edad y riesgo identificado.	Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable	X	X	X								T
	Alimentación complementaria y nutrición saludable del niño/ adolescente (según corresponda); loncheras saludables, alimentos fortificados con micronutrientes.			X	X	X	X	X	X	X		T
	Higiene. Autocuidado de la salud.			X	X	X	X		X			T
	Cuidados del medio ambiente. Medio ambiente saludable.			X	X	X			X			T
	Viviendas saludables.					X	X	X	X	X	X	T
	Habilidades sociales y cognitivas para la vida: resiliencia, autoestima.			X	X	X	X	X			X	3/4
	Control y manejo de las emociones y control de la ira, toma de decisiones, pensamiento crítico, comunicación asertiva, plan de vida, viviendo en familia.						X	X	X	X		
	Valores y ética, desarrollo Integral (físico, cognitivo, social, emocional y espiritual); viviendo en comunidad, roles de género, manejo del estrés, medios de comunicación, relaciones intergeneracionales, liderazgo. participación ciudadana, orientación vocacional etc.,							X	X			
	Maltrato infantil, de la violencia intrafamiliar, social y juvenil (pandillaje, acoso escolar, delincuencia, abuso sexual), etc.			X	X	X	X	X	X	X		3/4
	Medidas de Seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.					X	X	X	X	X		T
	Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.				X							T
	Salud Bucal.				X							T
	Estilos de vida saludables: actividad física, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, detección de la ludopatía, depresión, y tendencia al suicidio etc.						X	X	X	X	X	T
	Deberes y derechos en salud.						X	X		X	X	T
	Equidad de género, interculturalidad.						X	X	X	X		T
	Sexualidad humana y afectividad. Desarrollo sexual en la pubertad						X	X				3/4
	Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, planificación familiar, ITS y VIH-Sida. Sexualidad saludable y responsable. Paternidad responsable. Prevención de embarazo adolescente. Relaciones sexuales, abstinencia, sexo seguro. Complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna).							X	X	X	X	T + 3/4
	Tuberculosis, metaxénicas, inmunoprevenibles							X				T
	Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia, bulimia.							X	X			3/4
	Maternidad Segura y saludable. Signos de alarma de embarazo, parto y puerperio; actividad física; lactancia materna; cuidados del recién nacido; cuidados de la gestante.							X	X	X	X	T
Cuidado y acompañamiento de discapacitados y ancianos.										X	T	

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.

Etapas de Vida		Niños					Adolescentes						
Componentes / cuidados de atenciones familiares		Recién nacido.	29 días a 11 meses 29 días.	1 año a 4 años 11 meses 29 días.	5 años a 8 años 11 meses 29 días.	9 a 11 años 11 meses 29 días.	12 a 14 años.	15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Establecimientos	
Visita Familiar Integral	Intervenciones preventivas en situaciones de riesgo.	Control de RN nacidos en EESS a las 48 horas del alta	X									T	
	Control de RN nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento.	X										T	
	Control para los que no acuden dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.	X										T	
	Control de RN de bajo peso (< 2500 gr.).	X										T	
	Control de RN con Malformaciones congénitas.	X										3/4	
	Control de RN de madres con TBC, HIV y Sífilis	X										T	
	Otros de acuerdo a región	X	X									T	
	Inmunizaciones (no acudió a su cita).		X	X									T
	Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).		X	X	X								T
	Control del daño (seguimiento de neumonías, EDAS con deshidratación/shock, desnutrición, otros).		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	T
	Detección y/o seguimiento de problemas de violencia familiar, abuso sexual, abandono, riesgo psicosocial (según corresponda a cada edad).			X	X	X	X	X	X	X	X	X	3/4
	Postración o discapacidad que hace imposible su movilización										X		3/4
	Control programado de la gestante (4) o de la púerpera si no acude a atención puerperal							X	X	X			T
Seguimiento o control de daño o problema relevante de la gestante, o púerpera.							X	X	X			T	

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.

Etapas de Vida	Niños		Adolescentes		Establecimiento
	5 años a 8 años 11 meses 29 días.	9 a 11 años 11 meses 29 días	12 a 14 años.	15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	
Componentes / cuidados de atenciones comunitarias					
Alimentación complementaria y nutrición saludable del niño/ adolescente (según corresponda); loncheras saludables, alimentos fortificados con micronutrientes.	X	X	X	X	T
Higiene. Autocuidado de la salud.	X	X	X		T
Cuidados del medio ambiente. Medio ambiente saludable. Viviendas, comunidades y municipios saludables		X	X	X	T
Habilidades sociales y cognitivas para la vida: resiliencia, autoestima.	X	X	X	X	3/4
Control y manejo de las emociones y control de la ira, toma de decisiones, pensamiento crítico, comunicación asertiva, plan de vida, viviendo en familia.		X	X	X	
Valores y ética, desarrollo Integral (físico, cognitivo, social, emocional y espiritual); viviendo en comunidad, roles de género, manejo del estrés, medios de comunicación, relaciones intergeneracionales, liderazgo, participación ciudadana, orientación vocacional etc.,			X	X	
Prevención del maltrato infantil, de la violencia intrafamiliar, social y juvenil (pandillaje, acoso escolar, delincuencia, abuso sexual), etc.	X	X	X	X	T
Medidas de Seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.	X	X	X	X	T
Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.	X				T
Salud Bucal.	X				T
Estilos de vida saludables: actividad física, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, detección de la ludopatía, depresión, y tendencia al suicidio etc.	X	X	X	X	T
Deberes y derechos en salud.		X	X	X	T
Equidad de género, interculturalidad.		X	X		T
Sexualidad humana y afectividad. Desarrollo sexual en la pubertad.		X	X		T
Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, planificación familiar, ITS y VIH-Sida. Sexualidad saludable y responsable. Paternidad responsable. Prevención de embarazo adolescente. Relaciones sexuales, abstinencia, sexo seguro. Complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna).			X	X	T
Tuberculosis, Metaxénicas e Inmunoprevenibles			X		T
Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia, bulimia.			X		T
Maternidad Segura y saludable. signos de alarma de embarazo, parto y puerperio; actividad física; lactancia materna; cuidados del recién nacido; cuidados de la gestante		X	X	X	T

Escuelas `Promotoras de la Salud: IEC y consejería a padres, docentes, niños, adolescentes y/o familia según corresponda a cada temática, edad y riesgos identificados.

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.

Etapas de Vida		Joven	Adultos	Adulto mayor	Establecimiento
Componentes / cuidados de atenciones comunitarias					
Municipios y Comunidades Saludables	Desarrollo Comunal y Concertación Local para la Salud; acompañamiento a COSADIS, COSACOS, JASS, SIMCOS, APROMSAS.	X	X		T
	Trabajo con Agentes Comunales.	X	X		T
	Trabajo con Terapeutas Tradicionales		X	X	T
	Supervisión al mantenimiento de las casa de espera, maternas, de acogida o de tránsito.		X		T
	Salud Ambiental: vigilancia periódica de la calidad del agua, de la calidad de los alimentos, de la disposición de excretas, de la disposición de residuos sólidos, del control vectorial.	X	X	X	T
	Vigilancia y Control de Riesgos y Daños: enfermedades epidemiológicas de notificación obligatoria y los problemas sociales (alcoholismo, violencia, drogadicción).	X	X	X	T
	Elaboración de planes de emergencia con la participación de la población y autoridades locales.	X	X	X	T
	Manejo rápido y oportuno de brotes.	X	X	X	T

Establecimientos T: todos. I: Primer Nivel de Atención = 1 y 2 (puestos de salud), 3 y 4 (Centros de salud). II: Segundo Nivel de Atención.

8.4 NIVEL OPERATIVO INSTRUMENTAL

En esta sección deseamos brindar precisiones para la implementación de la estrategia programática que hemos descrito, para ello primero describiremos de forma general las tácticas o estrategias operativas y luego señalaremos un conjunto de herramientas o instrumentos que son de uso general en las distintas experiencias que han implementado la salud familiar comunitaria.

8.4.1 TÁCTICAS OPERATIVAS

Atención integral en consulta a demanda.- Se debe proveer atención diaria, continua e integral a las personas según demanda; atendiendo consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios.

Atención preventiva intra muros y extramuros a grupos prioritarios.- Tanto a nivel interno como en actividades extramuros, se llevará a cabo la atención preventiva. Se realizarán controles clínicos para embarazadas, puérperas, recién nacidos y niños(as) menores de cinco años. Las personas con enfermedad crónica reciben atención en el establecimiento. Sin embargo, al menos una vez al año, estas personas deben recibir una consulta integral por parte de un personal del Equipo de Salud Familiar y Comunitario.

Fortalecimiento de la integralidad de la consulta con el uso de hojas guía.- Se formalizará el uso de hojas guía para la atención integral en cada Etapa de Vida y programa. Estas hojas guía promoverán la realización de un examen físico completo, la detección de problemas y riesgos de salud más frecuentes o relevantes, búsqueda de problemas psicosociales, consejería y acciones para la recuperación y prevención en salud.

Detección y seguimiento de casos especiales.- De acuerdo al resultado de los planes de salud local se definirá los casos especiales. Sin embargo, estos suelen concentrarse alrededor de las prioridades nacionales (ENS), por ejemplo niñas(os) menores de 5 años con desnutrición, diarrea con deshidratación o neumonía grave, embarazadas, puérperas y recién nacidos, los casos psicosociales de riesgo alto (violencia o alcoholismo en donde alguien de la familia pide ayuda). Todos los casos son atendidos y se define su seguimiento que pueden ser citas o visitas de seguimiento, así como referencias.

Visita familiar integral.- Esta es la actividad central del programa familiar. Cada año, se debe llevar a cabo una visita familiar integral a cada familia. Las visitas se deben planificar de acuerdo a si las familias tienen niñas(os) menores de cinco años, mujeres embarazadas, adultos(as) mayores, y otros riesgos seleccionados según el plan de salud local. La visita familiar consta de tres fases: la preparación, la ejecución y el seguimiento.

Durante la preparación de la visita se analiza la información que se tiene sobre la familia que se visitará. Esta información se reporta en la Ficha Familiar a partir de la información de censo y visitas familiares anteriores. También se revisan los esquemas de inmunizaciones y micronutrientes, y si los controles niñas(os), embarazadas y puérperas están al día. El análisis de la información permite orientar el énfasis de la visita, la búsqueda de la persistencia de riesgos detectados anteriormente, así como la realización de otras acciones.

Durante la ejecución de la visita se actualiza la información sobre los miembros de la familia y sus condiciones de salud, migración, condiciones de vivienda, vacunación de animales. Se realiza una búsqueda de riesgos y al ser detectado alguno de ellos se realiza consejería específica y se define el seguimiento. También se llevan a cabo las consultas o controles clínicos, la inmunización o la suplementación necesarios.

En la fase de seguimiento se establecen los apoyos psicosociales que se darán a la familia, visitas familiares puntuales o de seguimiento, así como otras intervenciones individuales. El análisis de los riesgos frecuentes o relevantes permite también la construcción de estrategias para trabajarse en el nivel comunitario.

Visita familiar puntual.- Estas visitas se realizan para brindar atenciones específicas a niños(as) sin inmunizaciones, familias que rechazan la vacuna, entrega de resultados de Papanicolaou entre otros.

Visita familiar de seguimiento.- Con estas visitas se da seguimiento a casos especiales detectados en consulta o en visitas familiares anteriores. El seguimiento incluye casos psicosociales, menores de cinco años con desnutrición aguda, sintomáticos respiratorios, embarazadas, puérperas y recién nacidos, personas con enfermedad crónica, personas con enfermedades tradicionales consideradas graves.

Plan de embarazo y parto.- Se espera lograr que toda embarazada y su familia construya un Plan de Parto desde el primer control prenatal que se realice. Se programa una visita familiar para reforzar el Plan cuando la mujer alcanza el noveno mes de embarazo.

Los planes se diseñan para poder responder de forma inmediata en caso se presente una complicación durante el embarazo, parto o puerperio. Estos planes requieren el verificar que la mujer embarazada y los integrantes de la familia son capaces de detectar las señales de peligro, para llevar a cabo la referencia y el traslado a un nivel de atención que pueda resolver el problema.

En el plan también se identifica a los hombres y mujeres que toman las decisiones en caso de una emergencia materna, y se verifica que estas personas (incluida la mujer embarazada) estén convencidas de hacer el traslado. También se comprueba que existan las condiciones y recursos necesarios, como prever quién cuidará de las(os) niñas(os) en ausencia de la madre, qué persona acompañará a la embarazada, el dinero con el que se cuenta y el vehículo que será utilizado para el traslado.

Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios.- El trabajo debe empezar por el mapeo de organizaciones sociales, sobre todo de aquellas que busquen concertar esfuerzos diferentes y sobre esa base participar en la vigilancia de la salud. Lo primero que se realiza con ellos es el Plan Concertado de Salud Local.

Con estas organizaciones se presenta y analiza la sala situacional de salud y el trabajo del sector por lo menos una vez al año, esto a manera de realizar la fiscalización social.

Se buscará promover un mayor nivel organizativo y un mayor involucramiento en temas de salud. Son actores clave para ello, las autoridades municipales, los responsables de programas sociales, el sector educación, los líderes, lideresas y dirigentes comunales o de organizaciones sociales de base, entre otros.

Construcción de espacio de diálogo con terapeutas tradicionales.- Es esta una propuesta que deberá construirse en el mediano plazo. Nos interesa llegar a establecer un sistema de referencia y contrareferencia con terapeutas tradicionales, para ello se deberá desarrollar primero un diálogo e intercambio de saberes, que bien puede partir de la instalación de espacios periódicos de intercambio de información de salud, como por ejemplo un trabajo compartido de análisis de la sala situacional. En nuestro país existen experiencias de identificación de enfermedades socioculturales o tradicionales tanto desde un enfoque sintomatológico como etiológico, siendo esta identificación un paso necesario para el desarrollo de una relación de confianza como la base de un sistema de referencia.

Huertos de plantas tradicionales.- Esperamos poder lograr que cada establecimiento de salud cuente con un huerto demostrativo. Estos huertos facilitan la oferta de tratamientos naturales durante las consultas, y permiten conocer cuáles son las plantas que ya existen o pueden cultivarse en las comunidades. También son elementos valiosos en el intercambio con terapeutas tradicionales y parteras.

Apoyo a gestión y trabajo intersectorial.- En lo relativo a salud, desde el establecimiento se puede ayudar a la concertación intersectorial, aunando los esfuerzos de los gobiernos locales, comunidades y distintos sectores.

Se deberá elaborar material audiovisual, desde cartillas hasta microprogramas radiales, así como teatro itinerante y otras estrategias de educación, información y comunicación que ayuden a la sensibilización y acercamiento a la población. Se tratará en todo caso de materiales adecuados a la realidad local.

8.4.2 INSTRUMENTOS / HERRAMIENTAS

El desarrollo de la salud familiar y comunitaria requiere la puesta en práctica de un conjunto de herramientas que a continuación presentamos de forma resumida. Cada una de ellas ha sido trabajada con matices diferentes en distintas partes del país y fuera de él, es deseable que sean herramientas flexibles que se adapten en su diseño y uso a la realidad local, pero que permitan la atención integral y el cumplimiento con la normativa y exigencia del MINSA.

Plan de Salud Local.- Se hace con todos los actores locales, pero es impulsado por los profesionales del sector y busca la identificación de los principales problemas de salud local, el planeamiento compartido para su solución y el involucramiento intersectorial y de la sociedad civil.

Mapeo y sectorización.- El primer trabajo que se realiza en los Centros de Salud (I.3 y I.4) y en los puestos de salud (I.1 y I.2) es el mapeo geográfico de su jurisdicción. Inmediatamente se lleva a cabo una sectorización, que es un instrumento de organización para la atención primaria de salud de una población, y consiste en delimitar territorialmente y organizar la jurisdicción del Centro de Salud en sectores. Un sector es un segmento de jurisdicción territorial que:

- Agrupa, según criterios preestablecidos y manejados con flexibilidad según las características particulares de cada zona, un número determinado de familias.
- Representa la unidad mínima de planificación, gestión, análisis y prestación de servicios asignada a un puesto de salud, donde opera un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria multidisciplinario.
- Tiene en el Centro de Salud a un sectorista miembro del Equipo Básico de Salud, que es el responsable de supervisar, monitorear, apoyar, asesorar y articular el trabajo del Equipo de Salud Familiar y Comunitaria a cargo del puesto de salud del sector. Dependiendo del número de sectores bajo cobertura por un Centro de Salud, este trabajo extramural puede implicar que los miembros del Equipo Básico de Salud tengan más de un sector bajo su responsabilidad.

Habrán Centros de Salud que a su vez tengan un grupo de familias a las que atender, es decir tendrá un sector propio atendido por un Equipo de Salud Familiar y Comunitario que también trabajará en el Centro. Para mayor claridad véase la ilustración N° 2 sobre la organización de la atención y la ilustración N° 12 sobre organización y ordenamiento de la red de servicios de salud en el Primer Nivel.

Censo.- Es el trabajo a desarrollar una vez identificada o asignada una población. Consiste en un instrumento que permite recolectar, procesar, ordenar y analizar la información de la situación de salud dentro de un contexto social y un área determinada. Reúne informaciones relativas a la demografía, economía, educación, y bioestadística (perfil sanitario de la población, enfermedades más comunes, mortalidad, condiciones de la vivienda, infraestructura sanitaria básica etc.). El censo brinda información útil para la etapa diagnóstica del Plan Local de Salud y la fijación de metas específicas de los programas sanitarios

Carpeta Familiar.- Es el nuevo esquema de organización del establecimiento que se instala desde admisión. Una carpeta familiar incluye a los diversos individuos, está precedida por la ficha de la familia y sirve a su vez para elaborar libros de seguimiento según riesgos y prioridades identificadas.

ILUSTRACIÓN 8:

EJEMPLO DE CARPETA FAMILIAR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA QUERENCIA



ILUSTRACIÓN II:

EJEMPLO DE FICHA FAMILIAR DE LA DISA LIMA NORTE - RED HUARAL PG. 3

DATOS SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA (Sumar los valores que estan en parentesis de cada dato, para obtener el puntaje)									
ESTADO CIVIL		GRUPO FAMILIAR		TENDENCIA DE LA VIVIENDA		AGUA DE CONSUMO		ELIMINACION DE EXCRETAS	
(5) Viudo (a)		(5) más de 9 miembros		(5) Alquiler		(5) Asequia		(5) Aire libre	
(4) Soltero c/ familia		(4) 7 a 8 miembros		(4) Cuidador / alojado		(4) Cisterna		(4) Acequia, canal	
(3) Divorciado		(3) 5 a 6 miembros		(3) Plan Social		(3) Pozo		(3) Letrina	
(2) Unión estable		(2) 3 a 4 miembros		(2) Alquiler venta		(2) Red pública		(2) Baño público (red)	
(1) Soltero s / familia		(1) 1 a 2 miembros		(1) Propia		(1) Conexión domiciliaria		(1) Baño propio (red)	
ENERGÍA ELÉCTRICA (EE)		NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE		OCCUPACIÓN JEFE DE FAMILIA		INGRESOS FAMILIARES		N° de personas x dormitorio	
(5) Sin energia		(5) Ninguna		(5) Desocupado		(5) menos de 400 NS		(5) 6 y más miembros	
(4) Lámpara (no eléctrica)		(4) Primaria		(4) Trabajo eventual		(4) de 401 a 800 NS		(4) 5 miembros	
(2) EE temporal		(3) Secundaria		(3) Empleado sin seguro		(3) de 801 a 1200 NS		(3) 4 miembros	
(1) EE permanente		(2) Técnica		(2) Contratado sin seguro		(2) de 1201 a 1600 NS		(2) 3 miembros	
		(1) Profesional		(1) profesional o productor		(1) de 1601 a más NS		(1) 1 ó 2 miembros	
PUNTAJE		BAJO = 11 AL 23		MEDIANO = 24 al 36		ALTO = 37 al 50			
RESULTADO		2005 =		2006 =		2007 =			
VIVIENDA Y ENTORNO (SOLO SI NO TIENE SIS)					LO SOMBREADO PARA TODAS LAS FAMILIAS				
TIPO DE VIVIENDA		MATERIAL DE PAREDES		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DEL TECHO		Vivienda con riesgo para caídas No () Si () describir	
Casa unifamiliar		Madera, estera		Tierra		Estera			
Vivienda multifamiliar		Adobe		Entablado		Paja u hojas			
Pasaje		Estera y adobe		Loseta, vinílicos o similares		Madera y barro			
Quinta		Noble (Ladrillo y cemento)		Láminas asfálticas		Calamina			
Callejón				Parquet		Noble (Ladrillo y cemento)			
ARTEFACTOS DEL HOGAR		SI	NO	COMBUSTIBLE PARA COCINAR		TENENCIA DE ANIMALES		RIESGO X ENTORNO	
Radio				Leña Carbón	SI	NO	VACUNAS	Deposito de agua no tapada	
Televisión				Bosta				Sin alcantarillado o desague	
Teléfono				Kerosene		Perro		Vectores	
DVD ó VHS				Gas		Gato		Ruidos	
Refrigeradora				Electricidad		Aves de corral		Humos o vapores	
Lavadora						Cabras		Derribos	
Automovil				DISPOSICIÓN DE BASURA		Cerros		Inundaciones	
Motocicleta				A campo abierto		Vaca		Basural junto a la vivienda	
Cocina y horno eléctrico				Al río				Agua no clorada	
Horno artesanal				En un pozo				Murciélago en vivienda	
Horno microonda				So entierra, quema	SI	NO			
Computadora				Carro recolector		Intradomiciliario (zona de poste)			
						Cuy			
OBSERVACIONES:									

Hojas guías de integralidad de la consulta a demanda.- No se trata de normas pero parten de ellas. Son instrumentos para guiar la atención integral, sea individual o familiar; se producen por Etapa de Vida. buscan la atención integral y por tanto presentan los cuidados y/o indicadores trazadores identificados en la horizontalización de las estrategias.

Cuadernos de seguimiento.- En ellos se consigna los casos necesarios de seguimiento, están contruidos de acuerdo a las prioridades establecidas desde el modelo pero también desde el establecimiento y a partir del plan local de salud. Puede elaborarse uno para la información correspondiente a los menores de 5 años (micronutrientes, inmunizaciones, desparasitación, etc.), otro para las mujeres en edad fértil, uno para los adultos mayores, etc.

9. COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN

En este documento, entendemos el modelo de gestión como todos los componentes del ciclo de administrativo clásico, es decir, planificación, organización, dirección y control. No se trata de una secuencia sino de una serie de elementos interrelacionados que fluyen a la vez.

9.1 PLANIFICACIÓN

La planificación es un componente que posibilita la identificación y priorización de los problemas que se enfrentan, la definición de los objetivos y resultados, así como los abordajes y acciones que se deben llevar a cabo, tomando en cuenta las condiciones externas e internas, los recursos, personal y tareas necesarias. La planificación tiene distintos niveles, en un marco de descentralización lo que interesa a este documento es ver cómo se desarrolla la planificación en el ámbito local, es decir en la Red de Salud, por lo mismo cabe señalar que este modelo implica que la planificación se haga con la participación incluso de cada uno de los establecimientos más pequeños. Primero describiremos los tipos de planificación y luego detallaremos algunas herramientas puntuales de planificación.

9.1.1 TIPOS DE PLANIFICACIÓN DEL MODELO

Planificación Estratégica

Es el nivel de largo plazo y de carácter eminentemente concertado, se desarrolla alrededor del “Plan Estratégico Concertado en Salud”, el mismo que contiene los objetivos estratégicos comunes y las acciones priorizadas conjuntas para cada actor, según el rol que le asiste a cada uno. A partir de ello se establecen las metas por

alcanzar, los resultados operativos y estratégicos, en el corto, mediano y largo plazo. Con estas precisiones es posible la elaboración e implementación de acuerdos de gestión. Estos acuerdos de gestión incorporan los compromisos concertados para cada actor según su rol, contribuyen así al mejor desempeño de los servicios de salud y al abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Planificación Táctica

Esta planificación se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y los recursos, y se concreta en los tres programas de atención. La planificación de este tipo puede verse en las tácticas operativas de los programas (individual, familiar y comunitario), los lineamientos y los planes operativos anuales. En estas decisiones participarán la Red, Micro Redes, los establecimientos y el equipo de apoyo del proyecto Multipaís (en el caso de la experiencia a desarrollar en Churcampa).

Planificación Operativa

Con esta planificación se fijan los objetivos para la puesta en marcha de los programas. Se trata de las decisiones de corto plazo y concierne al desarrollo de actividades, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos. Este proceso es desarrollado principalmente por cada Coordinador(a) con su Equipo Básico de Salud y/o los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria (según corresponda), y se traduce en los planes operativos mensuales y decisiones semanales de los equipos.

9.1.2 HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN

Plan Operativo Anual

Los planes operativos anuales se realizan al iniciar cada año, tomando como base evaluaciones de desempeño y los resultados del año anterior. Se elabora un solo POA (Plan Operativo Anual) para todos los equipos (Equipos Básicos de Salud y Equipos de Salud Familiar y Comunitaria) de una Micro Red, el cual se subdivide en resultados, temas, actividades y tareas. Para todas las tareas se establecen los tiempos y plazos, así como los puestos y personas que son responsables de llevarlas a cabo. El POA se elabora cada enero con la participación integral del personal de la Micro Red. Excepcionalmente se puede establecer otras reuniones anuales.

En el caso de la experiencia a desarrollar en Churcampa, la Red y el equipo del proyecto Multipaís deberían generar un anteproyecto que se discuta en un taller con los Equipos Básicos de Salud, y de donde se obtiene el POA final que incluye la atención que brinda el modelo y los elementos administrativos locales.

Programación Mensual

En los primeros diez días hábiles de cada mes, cada Equipo Básico de Salud envía a los establecimientos bajo su responsabilidad un memorándum donde se establecen las prioridades del mes siguiente, así como las fechas en que se realizarán actividades que requieren su participación. Estas prioridades y actividades se definen en base al POA y su cumplimiento, así como otras actividades emergentes o contingentes.

En la última semana de cada mes se realizan reuniones de planificación de cada Equipo de Salud Familiar y Comunitaria con su sectorista del Equipo Básico de Salud. La planificación mensual toma en cuenta el memorándum mensual de prioridades, el análisis de indicadores (morbilidad, mortalidad y producción) y el cumplimiento del POA. En estas planificaciones se establecen las tareas y productos del mes, así como los cronogramas por trabajador(a) y sus actividades diarias.

Reuniones Semanales

Como parte de las actividades de vigilancia de salud, cada Equipo de Salud Familiar y Comunitaria, y cada Equipo Básico de Salud realiza reuniones semanales (lunes) en donde se toman decisiones de seguimiento y acción sobre: enfermedades de notificación obligatoria, casos especiales, y otras necesidades u ocurrencias.

9.2 ORGANIZACIÓN

A nivel nacional, la atención integral en salud sólo será posible a través de la generación de Redes de Salud articuladas funcionalmente. El marco normativo actual define a las Redes funcionales de atención de salud como "(...) el conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud categorizadas, registradas y acreditadas; articuladas bajo criterios de complementariedad (las instituciones prestadoras de servicios de salud que intercambian servicios a favor de la continuidad de la atención del usuario) e integralidad, que brindan atención a la población en el ámbito regional" (BARDALEZ: 2007). La conformación de las Redes funcionales de atención tiene como objetivo reducir la inequidad y las barreras de acceso a la atención de salud y hacer más eficiente el funcionamiento del sistema de salud.

Sabemos que en la actualidad la red de servicios todavía adolece de debilidades. El MINSA se ha propuesto fortalecerla mejorando su capacidad resolutoria e implementando una nueva oferta especializada, la meta es llegar al 80% de la población a través de una oferta fija. A nivel rural se espera contar con servicios a dos o menos horas del 80% de los centros poblados, la oferta de estos servicios debiese ampliarse a salud mental y enfermedades crónicas.

El MINSA tiene como unidad gestora mínima, dentro del nivel local, a las Redes de Salud. Una Red es definida como el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud (básicas e intermedias), en función de las necesidades de la población.

La Red a su vez está subdividida en Micro Redes, que son el conjunto de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. En el tiempo esta debiese constituir la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, para permitir estrechar las relaciones entre la población, su territorio y el establecimiento de salud, o entre establecimientos; su eje central está constituido por el centro de salud. La agregación de Micro Redes conformará una Red de salud.

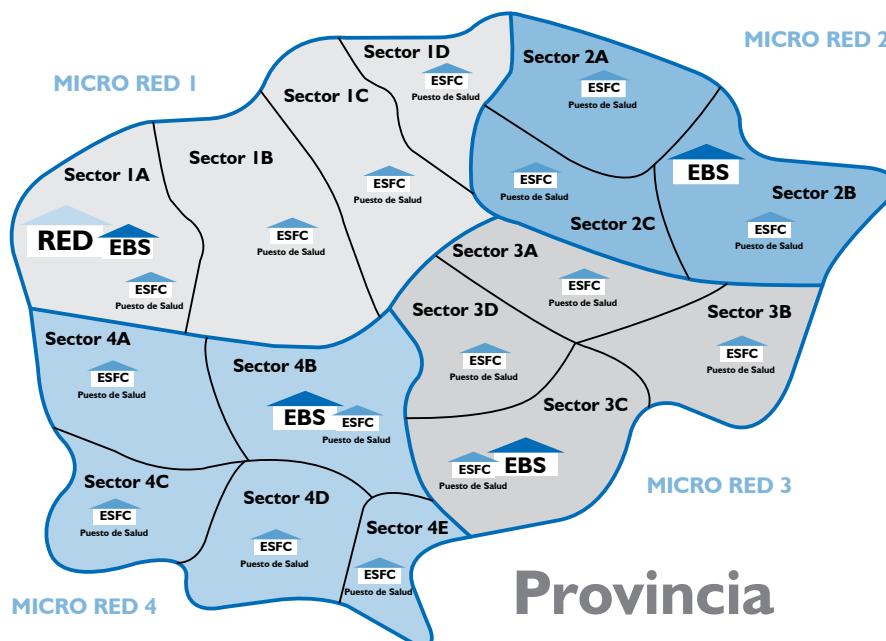
Dentro de una Micro Red suele haber establecimientos de menor nivel de resolución, a veces agrupados en núcleos, denominación que no representa responsabilidad de gestión alguna. A la jurisdicción de cada uno de estos establecimientos le llamaremos sector.

Nuestra propuesta es trabajar en el nivel local bajo 2 niveles de institucionalidad: Equipos Básicos de Salud y Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. El primero de ellos debiese ubicarse a nivel de los establecimientos I.3 o I.4 que encabezan Redes, Micro Redes o núcleos; los segundos en cada establecimiento I.1 o I.2 que atiende un determinado sector o grupo de comunidades. Por encima de estos dos niveles se encuentra la coordinación de Red (equipo gestor de la misma).

Creemos que ambos equipos deben pasar por la fase I de formación del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), tengan o no al personal completo (médico, obstetra, enfermero y técnico) que al presente se exige para acceder al mismo.

ILUSTRACIÓN 12:

ORGANIZACIÓN Y ORDENAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL



Provincia: dependiendo de su dimensión puede tener una o más Redes. estas a su vez incluyen varias Micro Redes (eventualmente núcleos). La Red tiene un equipo gestor.

Micro Red: Abarca varios sectores. Tiene un Centro de Salud (1.3 o 1.4) con un Equipo Básico de Salud, y si tiene un sector a su cargo, un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria. Puede abarcar un distrito o varios.

Sector: Se asigna población (familias) según variables de cantidad, dispersión, topografía, vías de comunicación, formas de transporte, entre otras.

Tiene un Puesto de Salud (1.1 o 1.2) con un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria (ESFC).

9.2.1 EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Está asignado a un establecimiento tipo puesto de salud (categoría 1.1 ó 1.2) y puede estar conformado por diversos profesionales no médicos y técnicos de salud que se apoyan en los ACS (Agentes Comunitarios de Salud). Al presente algunos establecimientos 1.1 y 1.2 están recibiendo eventualmente personal médico serumista⁸.

Los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria tienen una población asignada en base a criterios diversos que se deben enmarcar en la propuesta metodológica del MINSa. Se espera que los criterios además de correr un análisis automatizado, puedan ser verificables en el terreno por los propios equipos.

ILUSTRACIÓN 13:

PROPUESTA DE CRITERIOS Y COMPONENTES PARA LA CARGA LABORAL⁹

Criterios	Componentes
Número y distribución de la población	Cantidad de habitantes y familias, dispersión o concentración de las viviendas o comunidades de referencia.
Topografía, geografía y Clima	Características del terreno, clima y variantes estacionales que afectan la accesibilidad.
Determinantes, condicionantes y riesgos	Población en riesgo según el nivel individual, familiar o comunitario, migraciones temporales o permanentes, elementos socioculturales.
Nivel de organización Comunitaria	Organizaciones existentes, demanda de apoyo por parte de la organización comunitaria, complejidad del apoyo requerido, historia sociopolítica de la población.
Vías y medios de comunicación	Vías de acceso, tiempos y facilidad de traslado. Afectan todos los componentes de la propuesta.

⁸ SERUMS: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

⁹ Adaptado en base a MEDICUS MUNDI 2008 y MAIS BFC 2011.

En principio y aunque esto dependerá de diversos factores, no es recomendable que estos equipos tengan asignadas más de 200 familias (lo que en función a las características demográficas del mundo rural andino y amazónico puede suponer una población asignada de 1000 a 1200 personas). Para ello cada equipo debiese estar conformado por no menos de tres integrantes, pues esto permitirá la rotación por las actividades correspondientes a cada programa (individual, familiar y comunitario).

ILUSTRACIÓN 14:

PROPUESTA DE ROTACIÓN POLIFUNCIONAL DEL PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA¹⁰

Actividad semanal por cada integrante		Personal 1	Personal 2	Personal 3
Equipo de Salud Familiar y Comunitaria	Semana 1	Atención clínica individual y vigilancia de la salud	Visita familiar y vigilancia de la salud	Trabajo comunal, y vigilancia de la salud
	Semana 2	Trabajo comunal, y vigilancia de la salud	Atención clínica individual y vigilancia de la salud	Visita familiar y vigilancia de la salud
	Semana 3	Visita familiar y vigilancia de la salud	Trabajo comunal, y vigilancia de la salud	Atención clínica individual y vigilancia de la salud
	Semana 4 (se inicia un nuevo ciclo)	Atención clínica individual y vigilancia de la salud	Visita familiar y vigilancia de la salud	Trabajo comunal, y vigilancia de la salud

Un elemento clave de los equipos es su polifuncionalidad; cada integrante del mismo rota por las distintas actividades de los tres programas, no se hace distinciones en virtud de la profesión o el grado académico, que sí cobra importancia para el manejo de emergencias y/o atención clínica que culmine en una referencia a un centro de mayor complejidad. La coordinación del equipo es ejercida por un miembro de este, que al igual que sus compañeros cumple con la rotación semanal. Cada trabajador es responsable de la información correspondiente a la actividad que le toca asumir semanalmente (generación apropiada, registro y remisión oportunos para su digitación en la Micro Red).

¹⁰ Adaptado en base a MEDICUS MUNDI 2008

La polifuncionalidad tiene grandes ventajas:

- Al realizar rotaciones en los diferentes programas, el personal conoce de manera importante el entorno personal, familiar y comunitario de la población bajo su cobertura.
- El polifuncionalismo genera mayores posibilidades de trabajo en equipo, abarcando no sólo las tareas programáticas de atención, sino también las de vigilancia en salud y la gestión del establecimiento. Permite distribución equitativa del trabajo para los integrantes del equipo.
- El trabajo en equipo brinda la posibilidad de cubrir cualquier ausencia del personal (vacaciones, enfermedad, comisiones) y de desarrollar estrategias de apoyo entre sectores, al tener toda la experiencia en las diferentes actividades de gestión y de atención desarrolladas en el establecimiento.

9.2.2 EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD

Es un equipo de salud más completo, con mayor capacidad de resolución, que se ubica en establecimientos como Micro Redes o núcleos (normalmente en establecimientos I.3 y I.4). Estos tienen además a su cargo:

- La coordinación de los programas (Individual, Familiar y Comunitario) de todos los sectores.
- La supervisión y monitoreo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.
- La vigilancia de salud.
- La formación permanente de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.
- La atención especializada de Primer Nivel incluyendo las referencias a un nivel de mayor especialización, vinculadas a la profesión específica de cada uno de sus miembros.

Del Equipo Básico de Salud se espera que tenga una función de supervisión en dos sentidos. Por un lado cada miembro del Equipo Básico de Salud será coordinador de un programa (Individual, Familiar y Comunitario) y por otro lado, sus distintos miembros serán coordinadores de un sector (o sectores, de ser necesario) y por tanto de un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria o más.

Este equipo también tiene a su cargo el trabajo intersectorial y la coordinación con las autoridades distritales. Finalmente debemos señalar que para un correcto funcionamiento del modelo sería indispensable que cada Equipo Básico de Salud contara con la asignación de un encargado de informática, que más que ser un depositario de información sea un productor activo de esta en la medida de las necesidades de los Equipos Básico y Familiares y Comunitarios de Salud.

9.3 DIRECCIÓN

El componente de dirección se refiere a la forma como se decide asignar las tareas de conducción del trabajo en el Primer Nivel de Atención en salud y conlleva la responsabilidad y liderazgo de equipos de trabajo, la toma de decisiones conjunta, el velar por el clima-desarrollo organizacional y por los resultados de los programas y subprogramas de salud. A continuación presentamos los lineamientos generales para la dirección por equipos de trabajo.

Equipos de Salud Familiar y Comunitaria

Uno de los integrantes del equipo asume la coordinación del mismo. Esta coordinación se encarga de dirigir y motivar al equipo en las gestiones, actividades y resolución de problemas operativos cotidianos.

Equipo Básico de Salud

El Equipo Básico de Salud cuenta con un(a) Coordinador(a) que está a cargo de los aspectos técnicos y administrativos de la atención en el nivel local, y mantiene una relación estrecha con los(as) integrantes de su equipo y de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

Cada integrante del equipo, de acuerdo a su puesto, debe cumplir con funciones específicas de supervisión al programa a su cargo (Individual, Familiar y Comunitario). Como responsables de un sector (o sectores), los integrantes del Equipo Básico de Salud deben hacerse cargo de la supervisión, monitoreo, seguimiento, apoyo y acompañamiento del Equipo de Salud Familiar y Comunitaria en el sector/los sectores que le hubieran sido asignados.

La Red

Pensamos que la Red debe tener un coordinador del modelo, que en este caso debe ser también un representante local de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Es aquí donde se toman las decisiones de tipo normativo y estratégico y se apoya a los Equipos Básicos de Salud en su funcionamiento operativo y administrativo.

9.4 CONTROL

El control responde a todo el sistema de planificación, es decir, debe haber una correspondencia entre ambos, por tanto hay un control estratégico, un control táctico y un control operativo. Los controles deben estar diseñados para ser una autoevaluación, pero ejecutada con el acompañamiento y supervisión del nivel superior. Su periodicidad se corresponderá con la periodicidad de la planificación y los espacios que se usan para una deben coincidir con la otra, es decir, las reuniones de planificación parten del control de los resultados obtenidos en los periodos inmediatos. Como se puede ver, esto conlleva la existencia de un buen sistema de información. Además, para que el control coadyuve y no sea una actividad que entorpezca el trabajo, debe coordinarse bien con el nivel regional y nacional, es decir, debe aplicarse mecanismos para que las supervisiones desde el nivel central y desde estrategias, etapas y las distintas direcciones, coincidan con los espacios de planificación internos. Como en otros componentes del modelo, el control muestra la necesidad de integralidad y la correspondencia holística, que en este caso hace referencia a la constante ida y vuelta entre la planificación y la información sobre el terreno.

Control Estratégico

Este tipo de control está referido al proceso más general de planeación de los servicios e involucra la revisión de los objetivos generales y del conjunto de estrategias que se han asumido a partir del Plan Local de Salud. Se debe hacer una valoración de los procesos externos e internos al nivel institucional que afectan el desempeño de sus actividades y el logro de sus resultados.

Parte de este control estratégico, será la valoración anual del impacto que se está teniendo en la problemática de salud de la población. La vigilancia en salud, especialmente lo referido al análisis de situación de salud, tiene un papel preponderante en este tipo de control. Este control estratégico es parte de la revisión de la planificación estratégica y, por ello, semestralmente se realizará en un trabajo compartido por la Red con los Equipos

Básicos de Salud y los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, mientras que se plantea que anualmente haya la participación de los actores y organizaciones que se vinculen o formen parte del trabajo sanitario.

Esta planificación-evaluación estratégica está condicionada por el entorno institucional del que forma parte. Es decir, que sus bases y lineamientos se implementan como parte del sistema público de salud y las decisiones estratégicas están afectadas por las disposiciones emanadas del ministerio.

Asimismo, en la medida que participe la población y se detecten las contradicciones entre intereses institucionales y de las comunidades; las soluciones podrán conllevar a que el control comunitario tenga algún efecto sobre el ámbito institucional y sea capaz de re-dirigir los servicios a nuevas prioridades.

Control Táctico

El control táctico se complementa con el operativo en la práctica y se realizará en los mismos momentos destinados a la planificación. Este control va dirigido prácticamente a los resultados programáticos y sub-programáticos. Este control se realiza mensualmente.

Control Operativo

El control operativo está referido al trabajo de evaluación y monitoreo del trabajo cotidiano que realizan los Equipos Básicos de Salud y los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. Este control deberá evaluar las actividades. Al igual que el control táctico, este se realiza mensualmente pero además, semanalmente y es de carácter más local. Un aspecto fundamental de este tipo de control, es el referente al monitoreo (seguimiento o supervisión) del trabajo de los diferentes equipos. Se deberá establecer la cadena de supervisión acompañamiento adecuada así como instrumentos de supervisión. En general debe de tener las siguientes intenciones:

- Evaluar el desempeño del personal supervisado
- Detectar necesidades de capacitación.
- Mantener la retroalimentación sobre necesidades y obstáculos, tanto del servicio -el perfil epidemiológico, la aceptabilidad del servicio y del personal y las demandas comunitarias-, como personales con relación a discutir los aspectos de satisfacción laboral, expectativas y demandas.

- Las visitas de acompañamiento para el monitoreo de los servicios, deberán realizarse mensualmente, tomado en cuenta el calendario de actividades de todos los equipos.

El Control desde La Comunidad

La comunidad debe tener la posibilidad de controlar por ella misma los servicios y retroalimentar al ámbito institucional sobre los aspectos de estructura y de proceso que no funcionan bien para ese contexto local.

Igualmente, cualquier problema de funcionamiento básico debe ser conocido a través de una acción sistemática de fiscalización de los servicios por parte de los actores y organizaciones comunitarias. Una condición para ello, es que los actores y organizaciones comunitarias tengan pleno conocimiento de las formas de trabajo y responsabilidades de los miembros de los equipos de salud. Como se dijo anteriormente, dependerá del grado del empoderamiento, organización y participación comunitaria, el que la población pueda llegar a tener influencia en los servicios de salud y en los procesos de intersectorialidad. Igualmente deberá generarse una actitud positiva por parte del personal de salud institucional, ante dicha acción social y política de la población.

9.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de información implica la recepción oportuna de informes adecuados, ingresos, procesamiento y reportes. Todos estos deben ser acordes al modelo, por tanto deben guardar la característica de integralidad y deben ayudar a la horizontalización. Tal vez lo central de la propuesta en este campo se resume en dos términos: automatización y simplificación.

El procesamiento de la información se inicia con los datos recolectados en el primer censo, la base de datos se alimenta diariamente con la información generada por las actividades de los programas individual y familiar, así como por la actualización anual del censo y croquis que se realiza en todas las comunidades.

Los instrumentos de registro son llenados por los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria y los integrantes de los Equipos Básicos de Salud, y enviados a los(as) asistentes de información de los Equipos Básicos de Salud, quienes se encargan de digitar los datos.

Una referencia interesante de las bondades que el sistema de información nacional debe reunir, son las características del software libre desarrollado en la experiencia de Medicus Mundi Navarra para la atención integral de salud en Guatemala (al presente está siendo extendido a parte importante del Primer Nivel de Atención de dicho país por iniciativa de su Ministerio de Sanidad). Se trata enriquecer y simplificar a la vez el HIS¹¹ peruano. Un programa automatizado de este tipo:

- Utiliza la base de datos para generar diferentes reportes que contienen información demográfica y socioeconómica de la población, daños a la salud (morbilidad y mortalidad), riesgos familiares, coberturas y producción de servicios, medicamentos e insumos.
- Además de tener información visual georeferenciada (croquis con ubicación de cada casa y cada familia en ella) en tiempo real, cada establecimiento de salud tiene información renovada semanal o quincenalmente, lo que permite mejorar la planificación local. El croquis por comunidad y sector, además de identificar las vías de acceso, accidentes geográficos, comunidades, zonas y viviendas, señala otros elementos como la ubicación de mujeres embarazadas, niños(as) desnutridos(as), personas con enfermedad crónica, familias que rechazan la vacuna y casos psicosociales. Esta información es actualizada automáticamente cada mes, como parte de la sala situacional del sector.
- El software automatiza el cálculo de la edad a partir de la fecha de nacimiento, la ponderación de variables de peso y talla, la programación de vacunaciones por grupos de edades, entre otras variables, emitiendo reportes que facilitan el trabajo de los equipos de salud.
- A diferencia de otros servicios de Primer Nivel en donde la información se lleva de manera manual, constituyéndose en una carga laboral agobiante para el personal sanitario, con este sistema se puede automatizar un gran cantidad de información para su procesamiento y generación de reportes, de tal manera que se provee a los equipos de trabajo la información procesada para la toma de decisiones en diferentes niveles, reduciendo la carga laboral del personal, especialmente el operativo. Por mencionar un ejemplo, todos los reportes de notificación semanal, mensual y anual se generan de forma automatizada. La carga disminuye en gran medida gracias a que la información censal inicial queda registrada en el sistema y el mismo sistema arroja las necesidades de actualización, que siempre son mínimas (una vez al año).

- El sistema permite una lógica organizacional y de trabajo basada en información, es decir, los diferentes equipos de trabajo según su nivel, realizan análisis, toman decisiones y desarrollan el ciclo administrativo desde la planificación mensual hasta la evaluación con base en la información generada por el sistema.

Debemos ser claros que para el caso peruano, este sistema debe articularse al HIS, pues debe ser un aporte a los instrumentos y requerimientos de información nacionales y no al revés. Con este señalamiento, el sistema de información propuesto reúne las condiciones para agilizar y volver más eficiente la atención en salud, pero sobre todo, permite brindarle un carácter integral sin generar una sobrecarga de trabajo. En parte esto se debe a la interface, que permite trabajar de manera integral y horizontal en el Primer Nivel a partir de los tres programas propuestos (individual, familiar y comunitario) al tiempo que, al pasar al Segundo Nivel, se reporta la información vertical por cada Estrategia Nacional de Salud, tal como la requiere el nivel regional y central, y todo ello sin pérdida y más bien con ganancia de información en el camino.

9.6 VIGILANCIA

Inicialmente se aplicó el término de vigilancia epidemiológica a las medidas de observación de la evolución de casos infecciosos, confirmados o sospechosos, y de sus contactos, esta se basaba en un control individual. Una versión más moderna sobre la vigilancia epidemiológica es aplicada al estudio de las enfermedades en las comunidades. De allí varias definiciones se han sucedido, en 1975 la OMS lanza una definición con un peso mucho más balanceado en cuanto al lugar que ocupan los factores ambientales dentro de la vigilancia epidemiológica, planteando que es la comparación y la interpretación de información obtenida de programas ambientales y de monitoreo en salud, así como de otras fuentes, con el fin de proteger la salud humana a través de la detección de cambios adversos en el estado de salud de las poblaciones, los cuales se pueden deber a factores ambientales peligrosos, todo ello con el fin de proporcionar la información necesaria para una intervención efectiva.

En 1990 se propone una definición mucho más abarcadora de la vigilancia, unificando los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales, de factores de riesgo, de la prestación de los servicios de salud, y dándosele el nombre de vigilancia en salud, que no es más que el seguimiento, la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizados en la planificación,

implementación y evaluación de programas, incluyendo como elementos básicos la disseminación de dicha información a todos los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.

La vigilancia en salud es esencial en los procesos de prevención de enfermedades y promoción de salud. Además la vigilancia en salud es de gran importancia por dos factores: primero, a través de ella se conoce la pertinencia-impacto del trabajo que se realiza en el Primer Nivel, de acuerdo a la problemática local detectada; segundo, constituye el mecanismo a través del cual se logra identificar los perfiles de morbi-mortalidad y con ello afinar programas y subprogramas, así como fortalecer la pertinencia intercultural a nivel local.

A continuación presentamos una propuesta de vigilancia de tres niveles: epidemiológica, comunitaria y sociocultural.

ILUSTRACIÓN 15: TIPOS DE VIGILANCIA EN EL MODELO



SSC: Síndromes Socio Culturales

Vigilancia Epidemiológica

En el Perú, la vigilancia epidemiológica es coordinada por la Dirección General de Epidemiología. Ante ella el Primer Nivel de Atención constituyen las unidades notificantes, siendo las cabeceras de Red las responsables de la vigilancia epidemiológica. Los principales retos para la vigilancia epidemiológica en el país son la heterogeneidad en los perfiles epidemiológicos, la transición epidemiológica por estrato hacia enfermedades crónicas y las amenazas sanitarias globales.

El elemento básico del sistema peruano para la vigilancia epidemiológica son los protocolos de vigilancia, que en la actualidad se han podido construir para 13 enfermedades: Fiebre amarilla, cólera, peste, malaria, dengue y dengue hemorrágico, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, sarampión y rubeola, carbunco o ántrax, rabia urbana y silvestre, ofidismo y muerte materna.

Vigilancia Comunitaria

La vigilancia comunitaria es un modelo de gestión para la promoción de la salud que articula y relaciona los diferentes actores sociales de espacios sanitarios definidos para alcanzar el autocuidado a nivel personal y colectivo en el marco del desarrollo comunal y de la gestión local de salud. Articula a los diferentes actores -organizados o no- de una comunidad, alrededor de una serie de acciones de prevención, promoción y vigilancia de la salud,

La vigilancia comunal debe ser impulsada por los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria y Equipos Básicos de Salud. Esta empieza con la sectorización y el censo/empadronamiento a través de la ficha familiar para recoger las necesidades sociales en el territorio. Como parte del trabajo se realiza un empadronamiento progresivo de las familias en el ámbito de salud del establecimiento (denominada censo comunitario). A fin de obtener datos para el diagnóstico familiar, se utilizará la Ficha Familiar como instrumento primordial, para obtención del diagnóstico desde la perspectiva del prestador. Las fichas de autodiagnóstico y comportamientos y estilos de vida saludable son el instrumento para la obtención del diagnóstico desde la perspectiva de la familia. Con los resultados del análisis de la información del censo se realiza la sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares correspondientes a las familias de la jurisdicción o sector priorizado del que se obtendrá:

- Problemas a nivel individual más frecuentes por Etapas de Vida.
- Problemas a nivel familiar.
- Problemas a nivel comunitario.

Los resultados del diagnóstico censal son presentados a la comunidad para realizar la priorización de problemas con la comunidad. Se identifican los territorios específicos para organizar la respuesta a partir de las necesidades sociales. Esta etapa debe permitir la realización de diagnósticos locales con participación social por parte de los equipos de salud. Finalmente, se realiza la elaboración del Plan Comunal con la participación de los actores comunales y del gobierno local. El plan comunal considerará dos ejes de intervención:

- La atención integral a la persona por Etapas de Vida y a la familia como unidad por ciclo vital familiar, y
- El abordaje de los determinantes sociales de la salud, en la familia y la comunidad.

Progresivamente los equipos de salud familiar y comunitaria elaborarán y desarrollarán planes de atención familiar y comunitaria. El equipo de salud familiar comunitaria debe ir organizando el sistema de seguimiento de usuarios. Se confeccionará un directorio de carpetas sectoriales que permita ubicar en admisión las carpetas familiares y a las familias dentro de cada sector. Los sectores y sus familias empadronados son asignados a una persona (miembro del EBS, otro personal de salud de la Red de salud o un agente de salud comunitario) a través de carpetas sectoriales, que asumirá las siguientes funciones:

- Verificar periódicamente, el grado de cumplimiento de la entrega del paquete de atención integral a cada miembro y a cada familia a su cargo, de modo que al identificarse la falta de alguna intervención, facilita su retorno al establecimiento o la implementación de una visita domiciliaria para cubrir el déficit y asegurar la integralidad en la provisión de los paquetes de atención.

- Apoyar la captación de pacientes que dejan de acudir a sus citas de control o a los que están de alta, de forma que se pueda garantizar la conclusión de los tratamientos (sea para el caso de consultas por enfermedades crónicas o para pacientes miembros de programas en salud o programas sociales que se encuentran bajo intervención permanente).
- Facilitar o apoyar en la obtención de información sobre los pacientes referidos a los otros niveles de atención de la Red de salud e identificar aquellos pacientes contrareferidos que no se presentan al establecimiento de salud.

En la vigilancia comunitaria los instrumentos mencionados son la principal herramienta de prevención: mapa y sectorización, censo, ficha familiar y carpetas para sectoristas. Además se hace necesario contar con un directorio de actores y espacios de reunión continuos.

Vigilancia Sociocultural

El sistema de vigilancia de enfermedades socioculturales es el más cualitativo de todos los componentes de la vigilancia en salud. Busca proveernos de información de los diferentes modelos explicativos de la salud-enfermedad presentes a nivel local y comprender la forma como la población percibe las diferentes patologías que padece.

Los componentes del sistema de vigilancia sociocultural están por desarrollarse en un proceso de acción aprendizaje, pero debemos mencionar lo siguiente:

- Debemos contar con una identificación o perfil epidemiológico sociocultural que nos permita,
- Establecer indicadores de síndromes socioculturales y así,
- Incorporar en los diferentes instrumentos de vigilancia epidemiológica, la variable de interculturalidad de forma transversal.
- Para el análisis de la información es necesario haber realizado el mapeo de los terapeutas tradicionales e,
- Integrarlos al sistema de vigilancia, así como coordinar periódicamente reuniones de evaluación clínica con perspectiva intercultural.

9.7 PERSONAL

Uno de los temas claves para una mejor gestión de los servicios de salud es contar con equipos adecuados con una formación acorde a la atención integral con enfoque en familia y comunidad. Nuestra propuesta respecto al personal se puede resumir de la siguiente manera:

Desde el Estado:

- Constituir Equipos de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos 1.1 y 1.2 donde se desarrolle el acompañamiento del proyecto.
- Constituir Equipos Básicos de Salud en los establecimientos 1.3 o 1.4, que funcionen como cabeceras de Redes o Micro Redes, donde se desarrolle el acompañamiento del proyecto.
- Dotar de personal de sistemas de información a los establecimientos con Equipos Básicos de Salud (1.3 y 1.4).
- Dotar de capacitación en gestión a Redes, Micro Redes y establecimientos de salud.

En el caso particular del Proyecto a desarrollar en Churcampa:

- Dotar de capacitación en gestión a Redes, Micro Redes y establecimientos de salud.
- Brindar formación inicial en atención integral en salud con enfoque en familia y comunidad al personal de salud que trabaja dentro de la jurisdicción de la Red de Salud Churcampa.

Desde ambos en el caso particular de la experiencia a desarrollar en Churcampa:

- Apoyar a través del PROFAM la formación de los Equipos Básicos de Salud y de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

La diferencia central entre el Equipo de Salud Familiar y Comunitaria y el Equipo Básico de Salud es que este último tiene funciones de supervisión sectorial y programática como señalamos en la sección correspondiente a Organización de la Red de Servicios. Por lo mismo, se espera que en el ámbito de la operativización a desarrollar en Churcampa, todo el personal de salud que reúna condiciones de estabilidad pueda ser capacitado a través del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), que es La estrategia planteada por el MINSA para el fortalecimiento de las competencias de los Equipos de Salud Básica y de Salud Familiar y Comunitaria que laboran en el Primer Nivel de Atención.

El PROFAM es parte de un empeño mayor, el Programa de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD, que tiene por objeto garantizar la provisión, distribución y desarrollo de recursos humanos con enfoque de Equipo Básico de Salud y de Atención Primaria de Salud Renovada, en el marco del proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud, siendo sus lineamientos: la dotación con equidad, la capacidad de retención con dignidad y el desarrollo de capacidades con pertinencia.

Es para el último lineamiento enunciado que se desarrolla el PROFAM (2011), cuyos objetivos son:

- Fortalecer las competencias de los Equipos Básicos de Salud del Primer Nivel de Atención, para brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad con el enfoque de derechos en salud, equidad de género e interculturalidad en salud.
- Promover la transformación de los servicios en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, en donde se implemente el modelo de atención integral basado en familia y comunidad.
- Desarrollar la Red docente de salud familiar y comunitaria en los diferentes niveles de atención en el marco de la articulación educación-trabajo en salud.
- La implementación del programa está a cargo de las universidades del país, en el ámbito geosociosanitario de las Redes de salud y sigue la ruta de implementación del AUS (Aseguramiento Universal en Salud); está dirigido a los EBS (Equipos Básicos de Salud) del Primer Nivel de Atención. Los enfoques pedagógicos que atraviesa el programa

son la problematización (fase 1) y el de competencias (fase 2 y 3), con certificación progresiva, según el siguiente esquema:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al EBS-FC¹² (6 módulos).
- Fase 2: Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales del EBS-FC (médico, enfermera y obstetra); incluye 6 módulos de la fase 1, más 19 módulos de esta fase.
- Fase 3: Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS-FC; incluye 6 módulos de la fase 1; 19 módulos de la fase 2; más 10 módulos esta fase.

En la actualidad se viene implementando la primera fase, es decir la diplomatura. En ella han participado hasta la fecha, las universidades: Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH (ambas en Lima) y la Universidad Nacional San Luis Gonzaga - UNSLG de Ica. Se está extendiendo a su vez en meses recientes a la Universidad de Huancavelica y a la Universidad San Cristóbal de Huamanga - UNSCH en Ayacucho.

Hasta la fecha el diplomado ha estado dirigido a Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EBS-FC) de establecimientos 1.4 y 1.3, conformados por Médico, Obstetra, Enfermero/a y Técnico en Enfermería. El profesional además de pertenecer a una Micro Red debe tener las siguientes características:

1. La participación debe ser voluntaria.
2. Actitud con disposición para desempeñar esta labor
3. Talento para la comunicación y la docencia
4. Habilidad para desarrollar actividades con la comunidad
5. Valorar las diferencias interculturales
6. Expectativas y motivaciones, oportunidades de aplicación de conocimientos adquiridos.
7. La selección es por EBS-FC (Médico, Enfermero, Obstetra y Técnico de enfermería)
8. El EBS-FC seleccionado debe estar laborando en el mismo establecimiento de salud.
9. Los participantes seleccionados tendrán el antecedente de trabajar en la micro red seleccionada como mínimo 1 año.

¹² En el MAIS los equipos de salud son llamados EBS-FC (Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria). Como se detalla inmediatamente, estos tienen objetivos y conformación diferente a nuestros EBS y ESFC, siendo un equipo único que mezcla las características de estos dos.

10. La participación del personal seleccionado para el piloto se realizará a través de la normativa de capacitación oficializada.
11. Los participantes seleccionados deberán permanecer en el establecimiento piloto tres años como mínimo para completar la formación en salud familiar.
12. La permanencia de los participantes seleccionados luego de la formación en salud familiar se registrará de acuerdo a las normas vigentes.

FASE I: Diplomatura de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria.

En esta fase, que es la que se encuentra completamente desarrollada a la fecha, el requisito es la participación del EBS-FC de una micro Red: el médico, enfermero, obstetra y técnico de enfermería. Para ser admitido como participante al programa en la fase I, se necesitará, aceptar las condiciones de la universidad que le otorgara el Diploma o Título según el caso:

- Se cumplirá los procesos administrativos propios de la universidad. (llenado de formatos entre otros).
- La evaluación del currículum vitae y formatos de la Universidad donde se considera formación académico-profesional, experiencia laboral (servicios y docencia), producción científica (investigaciones, publicaciones) capacitación de postgrado, entre otros que considere la universidad.
- Entrevista personal a cargo de docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad sólo si la universidad lo considera pertinente.

Sin embargo, este modelo de capacitación no permitiría implementar de manera más amplia la atención integral en salud, esto debido a la dificultad para encontrar EBS-FC completos que reúnan las características solicitadas. Nuestro planteamiento es impulsar la implementación del diplomado del PROFAM, modificando o flexibilizando los requisitos 7 al 10 de la siguiente manera:

- 7. La selección es por las siguientes especialidades: Médico, Enfermero, Obstetra y Técnico de enfermería.
- 8. Los integrantes de los Equipos Básicos de Salud o Equipos de Salud Familiar y Comunitaria seleccionados, pueden estar laborando en el mismo establecimiento de salud o en más de un establecimiento de una misma micro Red.
- 9. Tendrá un mayor peso en su evaluación, aquellos participantes que reúnan el antecedente de trabajar en la Micro Red seleccionada como mínimo 1 año.
- 10. La participación del personal seleccionado para el piloto se realizará a través de la normativa de capacitación oficializada a nivel de la región.

9.7.1 PLAN DE ESTUDIOS

Al estudiante que participa en el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria se le exige una dedicación intensiva. El modelo pedagógico se centra en la identificación de problemas, el auto aprendizaje y propicia el intercambio de experiencias profesionales entre los estudiantes, así como la aplicación de lo aprendido en su práctica profesional, por lo tanto las actividades de enseñanza-aprendizaje siempre se refieren al campo laboral, considerando y rescatando lo que los estudiantes ya saben como producto de su experiencia. Además, el estudiante recibe una enseñanza tutorial, para la cual cuenta con todo el apoyo del docente-tutor. Recibe también formación en metodología de la investigación y en análisis crítico de trabajos científicos. Se estimula fundamentalmente la aproximación a la realidad y su teorización. Para eso se le facilitará de una bibliografía actualizada y recursos computacionales que le permitan un acceso expedito a las fuentes de información. En el diplomado se desarrollan los siguientes contenidos:

ILUSTRACIÓN 16:

CONTENIDOS DEL DIPLOMADO (PROFAM, PRIMERA FASE) ¹³

MÓDULOS	CRÉDITOS		HORAS	
	Fase Presencial	Fase no Presencial	Fase Presencial	Fase no Presencial
1. El enfoque educativo y la búsqueda de información.	2	2	34	68
2. Accesibilidad y cobertura.	2	4	34	136
3. Atención integral e integrada.	2	4	34	136
4. Introducción a la Salud Familiar y Comunitaria.	2	4	34	136
5. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.	2	4	34	136
6. Organización y gestión óptimas	2	4	34	136
Taller de integración	2	0	34	0
TOTAL: 6 módulos I Taller de integración	14	22	238	738

9.7.2 EQUIPO DE ACOMPAÑAMIENTO A LA EXPERIENCIA A DESARROLLAR EN CHURCAMPÁ

Si incluimos este punto, es porque creemos que las Direcciones Regionales de Salud que desean impulsar el MAIS BFC junto con sus pares nacionales de la Dirección de Atención Integral de Salud - DAIS y la Estrategia Nacional de Salud Familiar (encargadas de impulsar el MAIS BFC a nivel nacional), la Dirección de Promoción de la Salud, la Dirección de Estadística e Informática y la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos (vinculados todos ellos al desarrollo del MAIS BFC) pueden encontrar pertinente generar un equipo multidisciplinario que acompañe a las Redes cumpliendo las finalidades que el equipo peruano del proyecto Multipaís cumplirá en Churcampa.

Equipos de esta naturaleza deben ser temporales, pues una vez que la dinámica de del modelo de salud se internaliza en el personal de las Redes y la operativización funciona adecuadamente en los establecimientos, el acompañamiento inicial deja de ser necesario.

¹³ MINSÁ, PROFAM 2011.

Nuestra propuesta en el caso particular de Churcampa contará con un equipo mínimo, bajo la forma de equipo de acompañamiento, que se encargará de fortalecer tanto el proceso de formación como la implementación de la atención integral. Nuestra propuesta es un equipo local mínimo por provincia, como sigue:

Coordinador de campo. Competencias.

- Profesional en ciencias sanitarias o sociales
- Estudios o especialidad en salud familiar
- Con experiencia comprobada en más de una de las siguientes áreas:
 - Atención Integral en Salud
 - Salud Intercultural
 - Gestión de proyectos de desarrollo
 - Fortalecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil y Gobiernos locales
 - Coordinación de equipo de trabajo programático administrativo.
 - Conocimiento de planificación estratégica, del marco lógico y del ciclo de proyectos.

Especialista en salud familiar comunitaria. Competencias.

- Profesional en ciencias sanitarias o sociales
- Experiencia en salud familiar
- Experiencia en Atención Integral en Salud
- Experiencia en fortalecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil y Gobiernos locales

Especialista en fortalecimiento local. Competencias

- Profesional en ciencias sanitarias o sociales
- Experiencia en salud familiar
- Experiencia en Atención Integral en Salud
- Experiencia en fortalecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil
- Experiencia en acompañamiento y/o asesoría a Gobiernos locales en temáticas de desarrollo humano
- Conocimiento de planificación estratégica, del marco lógico y del ciclo de proyectos.

Tareas del equipo de apoyo del proyecto Multipaís en Churcampa

- Impulsar la mejora de las competencias del personal de salud en la atención de la salud individual, familiar y comunitaria.
- Impulsar las relaciones entre el sector salud, las municipalidades, instituciones locales, organizaciones de la sociedad civil y las comunidades en la zona de intervención del proyecto.
- Impulsar y colaborar con el MINSA en la asistencia técnica a las Municipalidades -a nivel provincial y distrital- y a las comunidades de intervención, en la elaboración de sus perfiles de proyecto y planes de trabajo.
- Promover el diálogo entre los diferentes sectores para garantizar que las acciones sean ejecutadas desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad.
- Elaborar y desarrollar la línea de base, el estudio de brecha y las demás acciones conjuntas con la Red de Salud.
- Fortalecer las capacidades y las coordinaciones con autoridades locales y funcionarios de gobiernos locales, en lo relacionado con la salud integral de la población.
- Brindar capacitación a personal de salud para el desarrollo de estrategias y acciones de salud integral.
- Acompañar la incorporación del modelo y las prácticas de atención integral en los establecimientos de salud de Churcampa en coordinación con organizaciones de la sociedad civil y gobiernos locales. Esto incluye:
 - Impulsar y acompañar la implementación de las historias familiares en los establecimientos de salud.
 - Asesorar en el uso de las hojas de guía de integralidad en la consulta.
 - Brindar asesoría técnica para la implementación del censo, sectorización, diagnóstico y desarrollo de planes de intervención comunal.
 - Transferir capacidades para el desarrollo e implementación de los planes de vida familiares.
- Ejecutar acciones de fortalecimiento de sociedad civil y gobiernos locales.
- Acompañar la elaboración del mapeo, caracterización y priorización de organizaciones de la sociedad civil.

- Fortalecer a líderes de la sociedad civil para la incorporación de un enfoque y objetivos de salud integral en sus organizaciones.
- Colaborar en la capacitación a Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y al Sistema de Vigilancia Comunal - SIVICOS en el enfoque y las prácticas de salud integral.
- Promover y orientar la elaboración de planes de salud comunales.
- Acompañar a líderes de la sociedad civil y dirigentes de organizaciones de base locales en su participación en espacios de decisión sobre temáticas de salud a nivel político local y regional.

Además, tal como expusimos en la sección correspondiente a ámbitos del modelo, nos parece necesario resaltar que, si bien no pertenecen al ámbito institucional, los ACS (Agentes Comunitarios de Salud) serán fortalecidos en atención integral en salud junto a los integrantes de los SIVICOS, tal como hemos planteado en la sección correspondiente a Vigilancia.

9.8 FINANCIAMIENTO

En esta sección describiremos la estrategia de financiamiento del Modelo de Atención peruano¹⁴. Las principales características de la estrategia de financiamiento son las siguientes:

- Asegurar el financiamiento para el conjunto de prestaciones garantizadas, especialmente a través de la capitación de las acciones en el Primer Nivel de Atención.
- Articular las diferentes opciones de financiamiento para optimizar y no duplicar los recursos nacionales, especialmente los públicos en el marco del MAIS-BFC.
- Integrar y fortalecer las intervenciones preventivo-promocionales de los programas presupuestales estratégicos por resultados (PPR), en el marco del MAIS-BFC.
- Reorientar el presupuesto de incentivos municipales hacia las intervenciones que prioricen y complementen actividades de prevención del riesgo y promoción de la salud en el marco de APS renovada.
- Mejorar y reordenar el financiamiento y los mecanismos de pago en el sector salud, para garantizar el financiamiento equitativo y sostenible de la atención integral en salud.

¹⁴ Esta sección recoge y complementa lo establecido en el MAIS BFC 2011.

- Alinear la Cooperación Técnica-Financiera Internacional hacia la implementación del MAIS-BFC en los tres niveles de gobierno.

Financiamiento vía Aseguramiento Universal en Salud

La atención integral comprende un conjunto de prestaciones de salud de carácter colectivo e individual en las dimensiones de lo preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, que deben ser expresadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

La atención integral para las personas aseguradas será financiada por la articulación de mecanismos de aseguramiento en salud. El Estado garantiza la atención de las poblaciones pobres no adscritas a otro seguro, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), con sus modalidades de componentes subsidiados y semicontributivos que mejoran la equidad.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en una lista priorizada de condiciones de salud e intervenciones que son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas.

La política del AUS (Aseguramiento Universal en Salud) tiene como objetivo, entonces, proteger financieramente a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad. La función del AUS en el MAIS-BFC será asegurar el financiamiento para las intervenciones de salud a la persona en el entorno de oferta fija. Sin embargo, debido a las diversas variables que afectan el trabajo extramural, la atención a comunidades dispersas y la implementación de actividades para comunidades saludables y para la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, otros mecanismos de financiamiento serán usados para garantizar los recursos que la ejecución de la cobertura de atención integral requiere.

Reorientación del Financiamiento del Presupuesto por Resultados a la Atención Integral de Salud con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria

El presupuesto por resultado tiene como objetivo *lograr que el proceso presupuestario impulse y desarrolle una gestión basada en resultados en el Estado peruano* (MAIS BFC 2011). Una de las maneras de impulsar la sostenibilidad de las intervenciones preventivo- promocional del MAIS BFC, es a través de los programas presupuestales estratégicos, a los que se les debe fortalecer y/o ampliar sus finalidades (productos), ya que luego serán programados en los establecimientos de salud de las diferentes unidades ejecutoras a nivel nacional. Esta modalidad de financiamiento es la adecuada para las metas y resultados del plan de salud local vinculadas con el trabajo extramural, la atención a la familia, la atención comunitaria, las actividades de desarrollo institucional (capacitaciones y proyectos de mejoramiento continuo de la calidad) y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud a nivel regional y local.

Financiamiento Per Cápita del MAIS-BFC

La implementación del financiamiento a través de una asignación per cápita es la visión que se plantea en el MAIS-BFC para migrar de formas de pago de servicios hacia el pago prospectivo, especialmente para el Primer Nivel de Atención. Los primeros lugares para experiencias de financiamiento per cápita serán establecidos por el Ministerio de Salud y en la medida que sean validados, comenzarán a extenderse sus zonas de aplicación. La capitación será el principal mecanismo de financiamiento del Primer Nivel de Atención, consiste en que cada gobierno regional/gobierno local, Red de salud o según sea el caso, recibe recursos según el número de población beneficiaria pública inscrita en cada establecimiento de salud adscrito a dicho territorio. Los recursos entregados consisten en un valor basal por persona establecido, que tendrá ajustes con modificadores sensibles y que den cuenta de la heterogeneidad territorial (estructura étnica, sexo, perfil epidemiológico de la región, nivel de pobreza, etc.) para llegar a una fórmula validada de asignación equitativa de recursos para cada localidad del país que aumentan según característica de cada realidad local.

Financiamiento a través de los Programas de Estímulo Económico Municipal

Existen algunos esquemas de financiamiento para estimular la implementación de programas de inversión social elaborados por las municipalidades que pueden ser aprovechados, bien para financiar las actividades de comunidades saludables ejecutadas por los servicios de salud como para la implementación de proyectos específicos y así atenuar situaciones que hagan parte de los determinantes sociales de la salud.

Sea como parte del plan de salud local o bien como parte del plan de desarrollo local, el aprovechamiento de estas fuentes de financiamiento dependerá del trabajo realizado por el Equipo Básico de Salud para apoyar técnicamente al Gobierno Local y a los actores sociales existentes en el mismo territorio para elaborar proyectos de inversión social candidatos para dichos fondos.

Aunque el modelo de financiamiento para el MAIS-BFC cuenta de momento con varias fuentes y su aplicación va a depender del grado progresivo en que se implemente el modelo, el mejor escenario para asegurar los fondos con los que deben implementarse los planes estratégicos concertados de las Redes y los planes de salud local de las micro Redes es aquel que promueva un financiamiento prospectivo de sus metas complementado con la atribución de incentivos por el cumplimiento de meta.

En la medida que las reformas del financiamiento tengan lugar, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas implementarán y difundirán las normas específicas para el financiamiento total del MAIS-BFC.

La articulación de diversos mecanismos de financiamiento, asignación y pago permitirá que la implementación del MAIS-BFC oriente su aplicación para mejorar el acceso efectivo y la equidad para cumplir con los objetivos de este modelo.

Financiamiento de soporte en los presupuestos regionales.

Finalmente, los gobiernos regionales manejan partidas presupuestales propias que pueden dar soporte al MAIS – BFC en aquellos aspectos puntuales y no continuos (gasto corriente) como pueden ser los gastos de capacitación del personal, o la mejora física y/o el equipamiento de la Red de servicios locales, a partir de las brechas detectadas en estos aspectos de la prestación de salud.

Una forma más avanzada de apoyo financiero a futuro podría ser tener, bajo el mismo criterio que el gobierno nacional, presupuestos protegidos (presupuestos que bajo ninguna circunstancia pueden ser recortados y/o usados para otros fines) para temas críticos de salud como son las inmunizaciones, la salud materno perinatal, la salud infantil y la seguridad alimentaria.

10. BIBLIOGRAFIA

BAETA NEVES, María Fernanda et Al.

Reflexiones en medicina de familia. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. En: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v41n07a13139260pdf001.pdf>. Revisado en febrero del 2012.

BARDALEZ, Carlos

Modelos de gestión local de servicios de salud. USAID, Lima, 2007.

CASTELL-FLORIT, Serrate P.

Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Revista Cubana de Salud Pública. La Habana, 2007.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ

La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado. Informe Defensorial N° 134. Lima, 2008.

GOFIN, Jaime y Rosa Gofin

Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Publica. N° 21(2/3), 2007.

JIMENEZ Paneque, Rosa E.

Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. En: Revista Cubana de salud pública. V. 30, N° 1. La Habana, Ene – Mar del 2004.

KUHN, Thomas S.

La estructura de las revoluciones científicas. F.C.E. Buenos Aires, 2004.

MADUEÑO, Miguel et al.

Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo. Partners for health reform plus. USAID ABT. Lima, 2003.

MEDICUS MUNDI

Del dicho al hecho. Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. MMN. Guatemala 2008.

MINISTERIO DE SALUD

- La salud integral compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Ministerio de Salud. Lima, 2003.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada. Ministerio de Salud. Lima – Perú, 2010.
- Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Ministerio de salud. Lima, 2011.
- Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021. Ministerio de Salud. Lima, 2011.
- Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, 2011.
- Documento de trabajo. Guía metodológica para la implementación de sectorización. Ministerio de Salud, Lima, s/f.

MUÑOZ Gaviria, Diego Alejandro

La integridad como multidimensionalidad. Hologramática, facultad de Ciencias Sociales UNLZ. Año VI, Número 11, VI. Buenos Aires, 2009.

ORGANISMO MUNDIAL DE LA SALUD

- Atención primaria de salud. Informe conjunto del director general de la organización mundial de la salud y del director ejecutivo del fondo de las naciones unidas para la infancia. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma Ata (URSS), 1978. OMS. Ginebra, 1978. En: <http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9243541285.pdf> Revisado en Abril del 2012.
- Glosario de Promoción de la salud. OMS, Ginebra, 1998

RUELAS BARAJAS, Enrique et al.

La salud intercultural y sus aportes para una revisión de los paradigmas en el campo de la salud. s/f.
En: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta4/Paradigamas.pdf>

SCHRAMM, Fermin Roland y Miguel Kottow

Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. En: Cad, Saúde Pública. Río de Janeiro, Vol 17 N° 4, jul – ago 2001. www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5301.pdf Revisado en junio del 2011

SULMONT et al.

Exclusión social y desigualdad en el Perú. OIT. Lima, 1996.

TUBINO, Fidel

- Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva. En: Fuller, Norma (Ed.): Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales el Perú. Lima, 2002.
- Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. s/f. En: <http://bcperu.org/doc/isis/12960.pdf> Revisado el 15 de Junio del 2011

VERDUGO, Juan Carlos et al

Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos. Instancia Nacional de Salud. Guatemala, 2002.

