

DEL DICHO AL HECHO...

Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente



DEL DICHO AL HECHO...

Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente



DEL DICHO AL HECHO...

Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente

Han elaborado este documento

Juan Carlos Verdugo Urrejola

Lucrecia Hernández Mack

Lidia Cristina Morales

Velia Oliva Herrera

Carmen Alicia Arriaga

César Sánchez

Elaboración de portada:

Ángela Morales

Fotos de portada:

Pascual cruzando el puente, Javier Pagola

Huipil, José Luis Roig

Diagramación e impresión

Serviprensa, S.A.

Primera edición

Guatemala, 2008

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea ni del resto de entidades financiadas.

Para más información sobre el Proyecto de Implementación del Modelo Incluyente en Salud, comunicarse a:

Medicus Mundi Navarra –Guatemala–
3ª Avenida 03-74 Zona Principal, sobre la Calle Real.
San Lucas, Sacatepéquez, Guatemala
Telefax: (502) 7830 8557
Correo electrónico: medicusmundi.guate@gmail.com

Unión Europea



UNIÓN EUROPEA

Medicus Mundi



CORDAID



Gobierno de Navarra



Cooperación Navarra
al Desarrollo



Fundación ICO



Ayuntamiento
de Zizur Mayor



Ayuntamiento de Zizur Mayor

Ayuntamiento
de Tudela



Ayuntamiento de Tudela

Clínica Maxeña
Organización de la
Instancia Nacional de Salud



Asociación IDEI
Organización de la
Instancia Nacional de Salud



Personal que ha trabajado en el Proyecto de Implementación del Modelo Incluyente en Salud

Equipo de Conducción en San Lucas, Sacatepéquez

- *Juan Carlos Verdugo Urrejola*
- *Lidia Cristina Morales*
- *Jorge Pérez*
- *Anabella Pérez Consuegra*
- *Paola Sac*
- *Karina Siguil*
- *Lucrecia Hernández Mack*
- *Reyna Roca*
- *Carmen Alicia Arriaga*
- *Velia Oliva Herrera*
- *Carolina Sac*
- *Cesar Sánchez*
- *Meredith Fort*
- *José Luis Albizu*
- *Aura Marina Yoc*
- *Yadira Villaseñor*
- *Francisco Zamora*
- *José Miranda*
- *Edgar Morales*

Medicus Mundi Navarra Junta Directiva

Oficina técnica de Burlada

- *Alfredo Amilibia*
- *José Miguel Aranda*
- *Miguel Angel Argal*
- *David Barea*
- *Martine Castaing*
- *Juana María Gómez*
- *Javier Pagola*
- *Mirian Urzaiz*
- Integrantes de los equipos de Cooperación, Administración, Comunicación y Educación, Voluntariado, Contabilidad, Apoyo y Servicios

Proyecto piloto de Boca Costa de Sololá

- *Mario Aurelio Rivera Gómez*
- *María Teresa Puac Baquix*
- *Juan Poz Sop*
- *Venancia Dionicio Velásquez*
- *Silvia María García Sajbín*
- *Erasmus Guzmán Ordóñez*
- *Miguel Ixquiactap Guarchiac*
- *Jaime Guzmán Ajú Lacán*
- *Julia Elizabeth Castañeda Gordillo*
- *Antonio Tzaput Tziquin*
- *Tomas Chitic Guarchiac*
- *Diego Chox Ixtos*
- *Marta Brígida Cotiy Cuc*
- *Pablo Cuc Tzoc*
- *Domingo Guarchaj Cuc*
- *Juana Guarchaj Tambriz*
- *María Simona Ixquiactap Chox*
- *Manuela López Chovón*
- *Francisco Sac Guarchaj*
- *Diego Tzaput Mas*
- *Pascual Tzep García*
- *Juana Liduvina Choc Chox*
- *Catarina Ixtos Tambriz*
- *Pascual Mas Carac*
- *Hingrid Adela Sohom Tambriz*
- *Juan Giraldo Xocol Ajpacaja*
- *Francisco Guarchaj Tzoc*
- *Miguel Tzep Tepaz*
- *Mario Alejandro Cerón Valdés*
- *Fulgencio Castañeda Cacoj*
- *Juan Carillo Xocol*
- *Jacinto de Paz Guzaro*
- *Sheila Ann McShane* y el personal de la Clínica Maxeña (Organización de la Instancia Nacional de Salud)

Proyecto piloto de San Juan Ostuncalco

- *Manuela Leticia Hernández*
- *José Abel Gómez romero*
- *Olga Estela Len Morales*
- *Blanca Azucena Racancoj Mejía*
- *Micaela Len Meza*
- *Giovanny Rubén Miranda García*
- *Marco Tulio Reyes*
- *Eleazar David García Gómez*
- *Yolanda Faustina Ortega Díaz*
- *Cristina Fuentes Fuentes*
- *Elizabeth Meza López*
- *Jovita Morales*
- *Edgar Lisandro Vail Díaz*
- *Simón Romero Vásquez*
- *Joaquina Vicente Vicente*
- *Domitila López*
- *Ana Hercilia Laparra Chan*
- *Manuel Antonio Pérez Lagarma*
- *Odilia Len Morales*
- *Silverio Santos Díaz*
- *María Concepción Romero López*
- *David Israel Clemente López*
- *Mirtala Cristina López Ramos*
- *María Elena López Méndez*
- *Santiago Morales Carreto*
- *Evelyn Karina Sánchez Chuvac*
- *Lucía Fernanda Nimatuj Pisquiy*
- *Cristina Magdalena Gómez Juárez*
- *Luis Alberto Prieto Blanco*
- *Moisés Rosales Tahay*
- *Iris Adalí Champet*
- *William Isaac Ocaña*
- *Janeth Ikeda* y el personal de la Asociación IDEI (Organización de la Instancia Nacional de Salud)
- *Aura Pisquiy* y el personal de la Asociación PIES de Occidente (Organización de la Instancia Nacional de Salud).

Contrapartes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Nivel local

- *Silvia Rodríguez* y el equipo técnico del Distrito de Salud de Guineales
- *Juan Carlos González* y el equipo técnico del Distrito de Salud de Xejuyup
- *Oliver Martínez* y *Georgina Monzón*, y el equipo técnico de la Dirección del Área de Salud de Sololá
- *Sandra De León* y el equipo técnico del Distrito de Salud de San Juan Ostuncalco
- *Diego Antonio Manrique* y el equipo técnico de la Dirección del Área de Salud de Quetzaltenango

Nivel central

- *Ninette Siguí* y *Lucrecia Galindo*, Departamento de Formación de la Dirección General de Recursos Humanos
- *Cristina Maldonado* y *Silvia Arbizu*, Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel de Atención

**A las comunidades del proyecto piloto
de la Boca Costa de Sololá:**

*Chuituj, Pacanal I A, Pacanal I B,
Pacanal II, Pasac, Pasaquijuyup,
Chicorral, Chuinimajuyub,
Paquib, Tzamabaj, Chuiatzam, Palá, Patzaj,
San Miguelito, Chuicomó, Patzité Centro,
Patzité Ixtahuacán, Patzité Nahualá Costa,
Panguiney y Paraje Xecuchín.*

**A las comunidades del proyecto piloto
de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango:**

*Las Barrancas Centro, 15 de Agosto,
Las Granadillas, Los Agustines,
Nueva Jerusalén, Agua Blanca Centro,
Kanaq de los Olivos, Las Canoas,
Las Pacayas, Los Vailes, Chanshenel,
El Tizate Centro, Los Delgado,
Los Marroquines, Los Méndez,
Los Pérez, Vista Hermosa,
Cruz de Ajpop, Cruz de Kanaq,
Edén Chiquito, Los Cipreses,
Los Escobares, Los Gonzáles y
Nueva Concepción Centro.*

**En esta caminata colectiva construimos
aspiraciones y realidades para una
Guatemala más justa y saludable.**

Índice de contenidos

Siglas y abreviaturas	1
Presentación	3
I. Bases conceptuales y perspectivas del Modelo Incluyente en Salud	5
A. Conceptos para la salud-enfermedad, el primer nivel de atención y los niveles de análisis acción	5
B. Derecho a la Salud	6
1. <i>Universalidad y gratuidad</i>	8
2. <i>Cobertura y acceso garantizados</i>	8
3. <i>Integralidad y calidad</i>	8
4. <i>Articulación y coordinación con grupos comunitarios</i>	9
5. <i>Participación y auditoría social</i>	9
6. <i>Reconocimiento del rol rector y de regulación del MSPAS</i>	11
C. La interculturalidad en el MIS: una perspectiva para la equidad y la igualdad, en la diversidad	11
1. <i>Conocimiento y comprensión de otros modelos de salud</i>	13
2. <i>Atención intercultural individual</i>	13
3. <i>Atención intercultural familiar y del conjunto sociocultural</i>	15
4. <i>Interculturalidad en la relación comunitaria</i>	15
5. <i>Organización de cuidadores y terapeutas maya-populares, e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud</i>	15
6. <i>Referencia-contrarreferencia</i>	16
D. La perspectiva de género del MIS: una perspectiva feminista, histórica y relacional	17
1. <i>Caracterización de género</i>	18
2. <i>Atención integral a mujeres y hombres</i>	19
3. <i>Atención integral a la familia, con perspectiva de género</i>	22
4. <i>Participación compartida de hombres y mujeres en el cuidado de salud familiar</i>	22
5. <i>Sistema de información y vigilancia de la salud basada en género</i>	22
E. Las perspectivas en el clima y funcionamiento organizacional	22
1. <i>El personal como sujeto y portador de derechos</i>	23
2. <i>Personal local y conformación de equipos mixtos</i>	23
3. <i>Normas de género e interculturalidad</i>	24
4. <i>Formación permanente del personal</i>	26
5. <i>El fortalecimiento de las perspectivas en la planificación</i>	26

II. La estrategia programática operativa: la comunidad, la familia y el individuo	29
A. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)	31
1. <i>Tácticas operativas del PIAS</i>	32
2. <i>Normas y protocolos de atención del PIAS</i>	34
3. <i>Instrumentos de registro del PIAS</i>	35
B. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)	35
1. <i>Tácticas operativas del PFAS</i>	35
2. <i>Manuales y guías del PFAS</i>	39
3. <i>Instrumentos de registro del PFAS</i>	40
C. Programa Comunitario de Salud (PCOS)	41
1. <i>Tácticas operativas del PCOS</i>	43
2. <i>Registro de las actividades comunitarias</i>	46
III. Estructura y organización del Modelo Incluyente en Salud: articulando los ámbitos institucionales y comunitarios	49
A. Organización y funcionamiento institucional del Modelo Incluyente en Salud	49
1. <i>Los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS)</i>	50
2. <i>El Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)</i>	53
3. <i>El Equipo de Conducción (ECON)</i>	55
B. Actores y organizaciones comunitarias	56
C. El sistema de referencia y contrarreferencia en el Modelo Incluyente en Salud	58
IV. El modelo de gestión institucional: procesos relevantes para el funcionamiento del Modelo Incluyente en Salud	61
A. Conducción	61
B. Planificación	62
C. Gestión del personal institucional	64
1. <i>Administración del personal</i>	64
2. <i>Formación y capacitación permanentes</i>	64
D. Los procesos de control: evaluación, supervisión y monitoreo en el MIS	67
E. La vigilancia sociocultural de la salud	69
F. El sistema de información del MIS	70
1. <i>Procesamiento automatizado de información</i>	70
2. <i>Procesamiento manual de información</i>	72
3. <i>Indicadores del Modelo Incluyente en Salud</i>	73
V. La implementación del Modelo Incluyente en Salud: los proyectos piloto y la relación con el MSPAS	77
A. Características de los proyectos piloto	78
B. La relación institucional con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	81

VI. Resultados y valoraciones del Modelo Incluyente en Salud en los proyectos piloto	83
A. Derecho a la salud	84
1. <i>Limpieza de tanques de agua</i>	85
2. <i>Apoyo a la gestión de proyectos comunitarios</i>	85
3. <i>Vacuna BCG y OPV3 en menores de un año</i>	87
4. <i>Atención clínica a los diferentes ciclos de vida</i>	88
5. <i>Atención a emergencias</i>	89
6. <i>Familias en las que uno(a) o más de sus integrantes ha recibido atención en los pilotajes</i>	89
7. <i>Atención equitativa en diferentes comunidades</i>	90
8. <i>Familias que han recibido una visita integral al año</i>	91
9. <i>Organización de las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC)</i>	92
B. Perspectiva de género	92
1. <i>Atención a mujeres por motivos no reproductivos</i>	92
2. <i>La atención integral a hombres mayores de 10 años</i>	93
3. <i>Planes de emergencia familiar con hombres convencidos</i>	94
C. Perspectiva intercultural	95
1. <i>Impresiones clínicas de enfermedades maya populares</i>	95
2. <i>Referencias de pacientes con impresión clínica maya popular a terapeutas mayas</i>	96
3. <i>Vigilancia de enfermedades maya populares</i>	97
D. Prioridades nacionales: atención materna-infantil	98
1. <i>Controles generales de niñas y niños menores de 1 año y de 1 a menores de 5 años</i>	98
2. <i>Controles prenatales y de puerperio</i>	99
3. <i>Controles prenatales a embarazadas en 9º mes</i>	99
4. <i>Planes de emergencia familiar</i>	100
E. Avances hacia el impacto en la salud	101
1. <i>Reducción de riesgos familiares</i>	101
2. <i>Mortalidad por diarrea</i>	102
3. <i>Muerte materna</i>	103
F. Modificación de la demanda en el segundo nivel de atención	103
VII. Elementos clave del Modelo Incluyente en Salud	105
A. La innovación teórica y una práctica diferente	105
1. <i>Síntesis conceptual y coherencia operativa</i>	105
2. <i>Las perspectivas del derecho a la salud, la interculturalidad y el género como principios para la acción</i>	105
B. La integración programática operativa frente al enfoque individual del ciclo de vida	105

C.	La organización y administración del personal	106
1.	<i>Trabajo en equipo y polifuncionalismo</i>	106
2.	<i>El primer nivel de atención a cargo de personal técnico local y asalariado, los(as) ASC</i>	106
3.	<i>El acompañamiento en el trabajo, el papel del EAPAS</i>	107
D.	La articulación institucional-comunitaria	107
1.	<i>Las perspectivas y la pertinencia en la relación comunitaria</i>	107
2.	<i>La inducción, la devolución de la información y la permanente comunicación con las comunidades</i>	108
E.	La inversión en infraestructura específica para el primer nivel de atención	108
F.	La vigilancia sociocultural de la salud	108
G.	El sistema de información ágil en el primer nivel de atención	109
H.	El modelo incluyente de salud como un camino a seguir	109
VIII. Una proyección a futuro del Modelo Incluyente en Salud		111
A.	La factibilidad y viabilidad técnica del MIS	111
B.	La factibilidad y viabilidad legal del MIS	111
C.	El MIS dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	113
D.	Un cambio de enfoque en la gestión y formación del personal	114
E.	El costo del Modelo Incluyente en Salud y el debate por el financiamiento de la salud	114
IX. La búsqueda de una nueva salud pública		117
Fuentes consultadas		121

Índice de figuras

Figura 1.	Caracterización general del primer nivel de atención en salud	5
Figura 2.	Niveles de análisis y acción del Modelo Incluyente en Salud	6
Figura 3.	Perspectivas del Modelo Incluyente en Salud	26
Figura 4.	Programas y subprogramas del Modelo Incluyente en Salud	29
Figura 5.	Integralidad de la atención en el diseño programático del Modelo Incluyente en Salud, según tipos de atención, intervenciones y enfoques epidemiológicos	47
Figura 6.	Ordenamiento de la población y territorio por sectores	49
Figura 7.	Personal del Modelo Incluyente en Salud, por equipos de trabajo y niveles funcionales	55
Figura 8.	Organización del primer nivel de atención	57

Índice de tablas

Tabla 1.	Elementos de la perspectiva de género en la Guía de monitoreo y supervisión de la consulta	21
Tabla 2.	Tácticas operativas del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)	32
Tabla 3.	Tácticas operativas del Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)	36
Tabla 4.	Tipos de riesgos detectados en la Visita Familiar Integral (VIF)	38
Tabla 5.	Tácticas operativas del Programa Comunitario de Salud (PCOS)	43
Tabla 6.	Rotación polifuncional de los(as) Agentes de Salud Comunitaria	50
Tabla 7.	Criterios y componentes para la carga laboral	51
Tabla 8.	Conformación y funciones del Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)	53
Tabla 9.	Sistema de referencia y contrarreferencia del Modelo Incluyente en Salud (MIS)	58
Tabla 10.	Actividades de planificación en la implementación del Modelo Incluyente en Salud	63
Tabla 11.	Elementos para la evaluación del desempeño de los(as) ASC en los programas de atención del Modelo Incluyente en Salud	68
Tabla 12.	Actividades de vigilancia sociocultural de la salud del Modelo Incluyente en Salud	69
Tabla 13.	Principales instrumentos y reportes del sistema de información automatizado del Modelo Incluyente en Salud	71
Tabla 14.	Indicadores utilizados en el Modelo Incluyente en Salud	74
Tabla 15.	Características generales de los proyectos piloto, para implementación del Modelo Incluyente en Salud	78
Tabla 16.	Conformación de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y población asignada por sector	80
Tabla 17.	Limpieza de tanques de agua, por sector	85
Tabla 18.	Apoyo a la gestión de proyectos comunitarios, por comunidad	86
Tabla 19.	Coberturas de vacunación (%) para BCG y OPV3	87
Tabla 20.	Porcentaje de población atendida (cobertura) en el sector 1 y resto de sectores	90
Tabla 21.	Porcentaje de población atendida (cobertura) en el sector D y resto de sectores	90
Tabla 22.	Hombres convencidos en Planes de Emergencia Familiar	95
Tabla 23.	Referencias a terapeutas maya-populares	97
Tabla 24.	Cobertura alcanzada (%) en indicadores seleccionados, según meta UAT	98
Tabla 25.	Cobertura alcanzada (%) en indicadores seleccionados, según meta UAT	99
Tabla 26.	Planes de emergencia familiar establecidos para embarazadas en noveno mes	100

Tabla 27.	Contribuciones del Modelo Incluyente en Salud al logro de los Objetivos y Metas del Milenio	112
Tabla 28.	Niveles de organización del Modelo Incluyente en Salud y su adaptación a la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	113

Índice de gráficas

Gráfica 1.	Total de consultas* brindadas por grupo de edad	88
Gráfica 2.	Proporción de atención a emergencias, por grupo de edad	89
Gráfica 3.	Porcentaje de familias donde al menos un(a) integrante recibió atención del MIS	89
Gráfica 4.	Porcentaje de familias que han recibido visita integral en el año	91
Gráfica 5.	Proporción de consultas a mujeres mayores de 15 años, por motivos no reproductivos	93
Gráfica 6.	Porcentaje de consultas a hombres mayores de 10 años	94
Gráfica 7.	Porcentaje de consultas con impresión clínica de enfermedad maya-popular	96
Gráfica 8.	Porcentaje de enfermedad maya popular en relación al total de consultas desagregado por tipo de enfermedad	97
Gráfica 9.	Controles prenatales a embarazadas en 9o mes, por ASC y Médico(a)	100
Gráfica 10.	Riesgos seleccionados, detectados en visita familiar integral	101
Gráfica 11.	Riesgos seleccionados, detectados en visita familiar integral	102
Gráfica 12.	Mortalidad por diarrea en población menor de cinco años	102

Siglas y abreviaturas

AED	Academia para el Desarrollo Educativo (siglas en inglés)
AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIP	Atención Interprogramática
ASC	Agente de Salud Comunitaria
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
BC	Boca Costa (de Sololá)
BCG	Vacuna antituberculosa (Bacilo Calmette-Guérin)
BRES	Balance, Requisición y Envío de Suministros
CCP	Conducción y Coordinación Programática
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COMUDES	Consejo Municipal de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
CORDAID	Organización Católica de Cooperación para el Desarrollo (siglas en inglés)
CSC	Casa de Salud Comunitaria
DAS	Dirección del Área de Salud
DCA	Desnutrición Crónica del Adulto
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECHO	Departamento de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (siglas en inglés)
ECON	Equipo de Conducción
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
FIS	Fondo de Inversión Social
FONAPAZ	Fondo Nacional para la Paz
FUR	Fecha de Última Regla
IDEI	Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral
INS	Instancia Nacional de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEF	Mujer en Edad Fértil
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPV	Vacuna Oral contra la Poliomielitis (siglas en inglés)
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OXFAM	Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre (siglas en inglés)
PCOS	Programa Comunitario de Salud

PEC	Plan de Emergencia Comunitaria
PEC mspas	Programa de Extensión de Cobertura
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PF	Planificación Familiar
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
POA	Plan Operativo Anual
RN	Recién Nacido
SAPIA	Salud para los Pueblos Indígenas de América
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Reporte del Sistema de Información Gerencial de Salud
SJO	San Juan Ostuncalco
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
SPR	Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TB	Tuberculosis
TDA	Vacuna Doble adultos (antitétanica + antidiftérica)
TMP	Terapeuta Maya-Popular
UAT	Unidad de Asistencia Técnica (del Programa de Extensión de Cobertura)
UPS-1	Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel del MSPAS
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (siglas en inglés)
USD	Dólares de Estados Unidos de América (siglas en inglés)
VBG	Violencia Basada en Género
VFI	Visita Familiar Integral
VIF	Violencia Intrafamiliar

Presentación

En febrero de 2002, se llevó a cabo la publicación del documento “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–”¹, en la cual se perfila conceptual y operativamente lo que ahora se conoce como Modelo Incluyente en Salud (MIS)². Esta publicación fue uno de los productos de una investigación-propuesta que duró dos años, realizada por la Instancia Nacional de Salud³ (INS) con el objetivo de aportar a la transformación del sistema de salud de Guatemala desde el primer nivel de atención, por ser éste la base del sistema público de salud.

La propuesta “Hacia un primer nivel de atención...” se fundamenta en tres perspectivas, un concepto incluyente y multidimensional de la salud-enfermedad, la categoría de reproducción social, los niveles de análisis-acción y una redefinición de qué es el primer nivel de atención. El marco conceptual de esta propuesta se logra desarrollar operativamente a través de tres programas (por nivel de análisis-acción), subprogramas por ciclos de vida, los componentes de personal y su organización, entre otros.

1 Verdugo, JC et al. (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Medicus Mundi Navarra, Gobierno de Navarra, Friedrich Ebert Stiftung. 196p.

2 El MIS se propone como modelo de atención para el primer nivel de atención en salud. Un modelo de atención debe entenderse como el marco conceptual y la definición de políticas, sistemas procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (reales, percibidas o no por la población).

3 La Instancia Nacional de Salud (INS) es una coalición política de organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios, trabajadores(as) y pastorales de salud. Para el año en que se publicó la propuesta de primer nivel de atención, la INS estaba conformada por 30 organizaciones.

Con la intención de validar en la práctica el MIS, se inicia el trabajo de implementación con el sostén financiero de Caja de Madrid, el Gobierno de Navarra, el Ayuntamiento de Elche y CORDAID para las fases iniciales. Posteriormente, el consorcio Medicus Mundi Navarra-CORDAID obtiene financiamiento para el proyecto con la Unión Europea y el Gobierno de Navarra. La implementación empieza en el 2003, en dos proyectos piloto: uno ubicado en los Distritos de Xejuyup y Guineales de la Boca Costa de Sololá, y el otro en el Distrito de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Ambos pilotajes se trabajan a través de organizaciones locales; en el caso de Boca Costa Sololá ha sido la Clínica Maxeña, y en San Juan Ostuncalco inicialmente se contó con la Asociación PIES de Occidente y posteriormente con la Asociación IDEI. Todas las organizaciones locales pertenecen a la INS.

Al igual que en su formulación, la implementación del MIS ha tenido el propósito de aportar al sistema de salud, incidiendo específicamente en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Con éste, la relación ha sido constante desde el 2001 hasta la fecha, tanto con el nivel central como con los niveles operativos, y a lo largo de diferentes administraciones.

La implementación del MIS ha sido un proceso paulatino que ha pasado por las siguientes etapas: selección de las organizaciones locales, selección del territorio y de la población, inducción comunitaria, selección y formación del personal, la construcción de las Casas de Salud Comunitarias (CSC), el censo y el croquis,

la implementación escalonada de los programas, la vigilancia sociocultural de la salud y el sistema de información. En el año 2007 fue aprobada la extensión del proyecto de implementación por parte de la Unión Europea, que permite seguir trabajando el MIS en los pilotajes hasta mediados del año 2011.

Con la puesta en práctica del MIS se observan ya procesos concretos que contribuyen a la mejora de las condiciones de salud de la población con las que se trabajan. Debido a esto se ha generado el interés y el apoyo de organizaciones locales e internacionales, y el MSPAS ha reconocido su aporte a la política pública para el primer nivel de atención institucional. Con cinco años de experiencia, la contribución de esta propuesta va más allá de la prestación de servicios, ya que se han llevado a cabo esfuerzos de investigación, formación de perso-

nal en salud, información y análisis sobre el sistema de salud en su conjunto.

Las bases conceptuales y la propuesta original del Modelo Incluyente en Salud puede encontrarse con detalle en la publicación "Hacia un primer nivel de atención...". En el presente documento se desea compartir cómo se ha logrado llevar a la práctica dicha propuesta. Se trata entonces de presentar el estado actual del MIS, mostrando sus principales resultados y las lecciones aprendidas surgidas de las dos experiencias piloto, a través de una lectura crítica sobre los alcances y limitaciones en relación con la propuesta original. Se espera que los contenidos de este documento aporten a una mayor reflexión y análisis sobre el primer nivel de atención en salud, y como un camino que conduzca al fortalecimiento del sistema público de salud de Guatemala.

I. Bases conceptuales y perspectivas del Modelo Incluyente en Salud

En la propuesta “Hacia un primer nivel de atención...” en donde se delinea el Modelo Incluyente en Salud (MIS), los lineamientos operativos se plantean desde una fuerte base conceptual. De esta forma, se han enfrentado desafíos interesantes en los esfuerzos por llevar el MIS de la teoría a la práctica. Como resultado, aún hay aspectos que pueden mejorar, pero también hay avances y acciones concretas en la atención y la gestión del MIS que merecen compartirse.

LECCIONES APRENDIDAS...

Necesidad de desarrollar pensamiento estratégico y propio en el ámbito del sector salud

El MIS es una propuesta dentro del sector salud que parte de premisas estratégicas relacionadas con el desarrollo de la política, el sistema y los modelos de atención en salud de Guatemala. Es vital desarrollar un pensamiento basado en conceptos alternativos y constructivos de la realidad nacional, para el desarrollo de perspectivas sanitarias propias, que superen la política coyuntural o las tendencias dominantes que no se adecuan a las necesidades de la población.

A. Conceptos para la salud-enfermedad, el primer nivel de atención y los niveles de análisis acción

Desde el MIS, la salud-enfermedad se comprende como un proceso multidimensional, colectivo y con carácter histórico social. En la

medida que se conocen los procesos productivos, de consumo y socioculturales de un conjunto sociocultural, en esa medida también se comprenden el perfil y las prácticas de salud de ese conjunto.

La implementación del MIS también se ha orientado por el concepto que tiene del primer nivel de atención, el cual se concibe como la articulación de los conocimientos y prácticas en salud, tanto del ámbito institucional como del comunitario (ver Figura 1). Estos ámbitos se complementan en la curación-rehabilitación-prevención y la promoción de la salud se dirige a la transformación de las condicionantes y determinantes de salud.

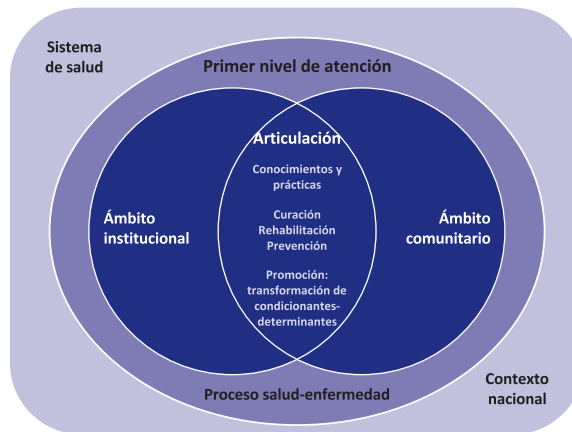


Figura 1
Caracterización general del primer nivel de atención en salud

El primer nivel de atención es sólo una parte de un sistema de salud que involucra a otros niveles de atención (según su complejidad y capacidad de resolución) y a otros actores importantes. Ahora bien, si se reconoce que sobre el primer nivel debe recaer la mayor carga de atención en salud, entonces su transforma-

ción y mejora puede generar cambios positivos sobre el segundo y tercer niveles de atención, y sobre el sistema de salud en su conjunto.

Para poder llevar a cabo la articulación institucional-comunitaria y para implementar una atención integral en salud, el MIS ha identificado al **individuo**, la **familia** y la **comunidad** como los niveles de análisis y acción (ver Figura 2). Es decir, que en estos niveles es posible conocer y explicar la realidad social, al mismo tiempo que permite llevar a cabo intervenciones efectivas que mejoran la situación de salud de la población.

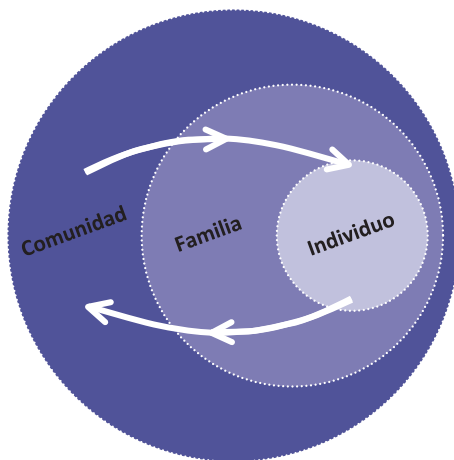


Figura 2
Niveles de análisis y acción del Modelo Incluyente en Salud

Además de la conceptualización del proceso salud-enfermedad, del primer nivel de atención y los niveles de análisis acción, existen tres perspectivas fundamentales que han orientado el diseño y la implementación del MIS:

- El derecho a la salud
- La interculturalidad
- La perspectiva de género

Para desarrollar las perspectivas ha sido necesario un proceso de apropiación por parte del personal de salud. Esto, en conjunto con otras acciones, normas, instrumentos e indicadores, ha permitido que las perspectivas se desarrollen y reflejen en la atención, la vigilancia sociocultural de la salud y el sistema de información.

B. Derecho a la Salud

La perspectiva del derecho a la salud se entiende como el derecho a la atención en salud e implica dos elementos fundamentales: la ciudadanía social y la obligatoriedad del Estado de garantizar el cumplimiento y goce de este derecho. El primer elemento se refiere

LECCIONES APRENDIDAS...

La importancia de la transdisciplina y la priorización del avance estratégico de aspectos esenciales del MIS

No hubiera sido posible avanzar en las perspectivas del MIS, así como en los aspectos innovadores de salud pública, si no se hubiera contado con un equipo de profesionales vinculados a diferentes disciplinas en el campo de la salud. Adicionalmente, ha sido de crucial importancia comprender que una perspectiva no es más importante que otra y que no todas las personas en los distintos equipos de trabajo tienen el mismo nivel de comprensión o entendimiento de la interculturalidad, el género, la integralidad en la atención, etc. La posición moderada, buscando el avance estratégico y armónico en cada uno de los temas, ha sido la clave del éxito para hacer viables los diferentes elementos que integran el MIS.

LECCIONES APRENDIDAS...**Del pensamiento académico a lo práctico en las tres perspectivas:
el derecho a la salud, la interculturalidad y el género**

Los avances conceptuales en las tres perspectivas del MIS en el ámbito académico son de gran importancia. No obstante, la aplicación de estas perspectivas requiere cierto sentido de practicidad que lleva a concretarlas puntualmente en herramientas tales como protocolos, guías de trabajo, instrumentos de supervisión, indicadores y normas de clima organizacional. Esta concreción puntual pocas veces abarca todas las dimensiones del pensamiento complejo que la originó, pero es una forma progresiva de viabilizarlo dentro del personal y la población, formando parte de un paulatino y creciente aprendizaje.

al papel activo que debe jugar la población en las decisiones sobre políticas de salud y se traduce en la promoción de la organización, el empoderamiento, las capacidades de gestión, auditoría social y la participación activa de las comunidades. Los servicios institucionales cumplen una función de apoyo a estos procesos.

Respecto al segundo elemento, para que el Estado pueda ser garante del derecho a la salud, se requiere de una institucionalidad estatal sólida que asuma la atención de la salud como el cumplimiento efectivo de un derecho de toda la población. De ahí que el MIS se haya pensado como una propuesta a ser implementada desde la institucionalidad y para el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

En el MIS, la operativización del derecho a la salud se expresa en la atención continua, permanente, intra y extramuros, en los niveles individual, familiar y comunitario con los elementos y características que se presentan a continuación.

LECCIONES APRENDIDAS...**La construcción social del derecho a la salud**

La percepción adecuada, el significado profundo y la vivencia a plenitud de la relación humana basada en el derecho a la salud, es desconocida por parte del personal sanitario y la población, dados los déficit históricos de la salud pública del país. El derecho a la salud es un proceso social e ideológico que debe ser construido en la medida que se verifica en la práctica. Para ello, las condiciones laborales, el clima organizacional y las acciones sanitarias deben tener como eje al trabajador y a la población como portadores de derechos. En un primer momento, la acción decidida por el cumplimiento del derecho a la salud puede ser confundida con paternalismo por parte del personal y vista con desconfianza o mal interpretada por parte de la población.

1. *Universalidad y gratuidad*

La atención se provee en base a ciclos de vida, no se limita a la población materno-infantil y se promueve la atención a grupos de población que consultan menos a los servicios de salud como los hombres y las personas adultas mayores. No existe ningún gasto de bolsillo ni se solicitan donaciones para la entrega de la atención o de medicamentos y se atiende tanto a la población del territorio asignado como a la que proviene de lugares aledaños.

2. *Cobertura y acceso garantizados*

La conformación de los equipos y la asignación de recursos (infraestructura, medios para la movilización, insumos y equipo) se han adecuado en base a criterios varios: población, dispersión geográfica, características topográficas, clima, vías de comunicación; esto favorece la cobertura de toda la población y la atención continua. A través de las visitas familiares se garantiza que anualmente cada familia tenga, como mínimo, un contacto con la atención brindada por el MIS. El personal de salud es local, comparte las lógicas socioculturales de

la población y brinda la atención en el idioma local, logrando la disminución de los problemas de acceso y mejorando la calidad.

En el caso de las comunidades dispersas o de difícil acceso, se organizan atenciones interprogramáticas para poder llevar la atención hasta ellas. Para el monitoreo de la cobertura y del uso de los servicios se han construido indicadores y metas sobre la población que ha recibido consulta clínica y las familias que han sido visitadas de manera integral.

3. *Integralidad y calidad*

Se llevan a cabo acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, a través de los tres programas operativos: individual, familiar y comunitario. La atención a las personas se provee en base a los ciclos de vida y el perfil local de morbilidad (incluyendo problemas de salud maya-populares). Mientras que la atención a las familias se realiza en base a sus condiciones de vida y riesgos. Existe un fuerte trabajo con las comunidades, mediante la articulación con sus grupos y organizaciones existentes.

LECCIONES APRENDIDAS...

La atención en el idioma local a partir de lógicas socioculturales compartidas

La atención en el idioma local es indispensable para lograr mínimos de calidad y pertinencia cultural, especialmente en aspectos preventivos y de promoción de la salud. El nivel de comprensión del idioma español en comunidades indígenas es limitado, por lo que se convierte en una fuerte barrera para el acceso de la población a los servicios. El personal de salud local se comunica mejor y se siente más seguro hablando en su propio idioma, y ello posibilita además un mayor y mejor entendimiento con la población a partir de la expresión de lógicas socioculturales compartidas.

Son los mismos equipos de trabajo quienes realizan las actividades de atención clínica, visitas familiares y trabajo con grupos comunitarios. Esto le provee al personal un mayor conocimiento y comprensión sobre la población con la que trabajan.

De acuerdo a la complejidad del problema atendido, se llevan a cabo referencias a otros niveles o modelos de atención locales y se da seguimiento a las contrarreferencias.

Existe un fuerte proceso de monitoreo, supervisión formativa y formación permanente del personal, que impulsa y favorece el cum-

LECCIONES APRENDIDAS...

La integralidad y la horizontalidad de la atención

La integralidad y la horizontalidad de la atención es uno de los esfuerzos de aprendizaje más importantes dentro del MIS. En el contexto nacional suele darse el título de atención integral a las intervenciones focalizadas, parciales y verticales en salud pública. En el MIS se han registrado avances en la atención integral a personas, familias y comunidades, a partir de un esmerado esfuerzo centrado en el desarrollo de acciones horizontales, la creación de guías de trabajo integrales, la combinación de tácticas operativas diversas y el impulso de procesos de supervisión y acompañamiento en el campo.

plimiento de las normas de atención y vigilancia establecidas por el MSPAS, así como de las normas propias del MIS.

4. Articulación y coordinación con grupos comunitarios

Se ha trabajado con diversos grupos comunitarios, en especial con los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), las(os) terapeutas maya-populares y las comadronas. Asimismo se han organizado y se encuentran funcionando las Comisiones y los Planes de Emergencia Comunitaria (COPEC y PEC). Se han logrado construir relaciones de confianza para apoyar procesos de gestión de los grupos comunitarios, así como para realizar acciones que cumplan con objetivos sanitarios.

5. Participación y auditoría social

Se han elaborado mensajes clave sobre el derecho a la salud que se comunican en las actividades comunitarias, visitas familiares y consultas clínicas. Desde el inicio de la ejecución del MIS, se ha consultado e informado a la población de forma constante. Como ejemplos pueden mencionarse la devolución del primer censo y línea basal, y las actividades periódicas para la discusión de la sala situacional de salud. Estas actividades facilitan la auditoría social por parte de las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC), los Consejos Comunitarios de Desarrollo Social (COCODES), los terapeutas maya-populares, comadronas y otros grupos comunitarios.

LECCIONES APRENDIDAS...

Diferenciar el interés público de los variados intereses comunitarios

Existen intereses comunitarios diversos que se traducen en variadas organizaciones y autoridades locales. Las formas de constitución del poder local no están exentas de conflictos y luchas entre líderes y grupos que, si bien accionan por determinados intereses, no necesariamente son representativos del interés público de las comunidades en su conjunto. Ello puede afectar diferentes aspectos del trabajo de salud en el primer nivel de atención, en el cual la articulación con el ámbito comunitario es clave. Durante la implementación del MIS, un ejemplo en el cual se registró tensión comunitaria fue el proceso de construcción de infraestructura sanitaria (Casas de Salud Comunitaria), y la posterior provisión del servicio, como se explica a continuación:

- Fue difícil lograr un aporte por igual de todos los comités, organizaciones o consejos comunitarios en la construcción de una infraestructura que les iba a brindar beneficios a todos. Ello debido a los ciclos de vida de las organizaciones, su madurez, capacidad de recursos, tipos de liderazgo y relación histórica entre las comunidades. La desigualdad en el aporte se tradujo en limitantes a la hora de acceder a la atención en salud debido a tensiones entre los mismos grupos u organizaciones comunitarias; o bien, a la misma auto exclusión de alguna comunidad por no haber aportado a la construcción de la casa de salud comunitaria.
- En el momento en que existe un aporte comunitario, se puede dar la situación que los líderes, autoridades locales, organizaciones y grupos comunitarios se sientan con la autoridad de limitar el acceso a la atención que se brinda en las CSC a otras personas, motivados por conflictos religiosos, territoriales, políticos partidarios, entre otros.
- Por su parte, las comunidades pueden sentirse motivadas al cobro por servicios en el afán de lograr fondos que les permitan sufragar determinados gastos. Esto desde la perspectiva de la salud pública, en el caso guatemalteco, no sería coherente con el derecho a la salud y establece obstáculos económicos a la atención dado los niveles de pobreza y extrema pobreza de la población.

En la medida que haya posibilidades de inversión, es recomendable modular el aporte comunitario (donación de terreno, mano de obra, aporte de materiales de construcción, etc.), de una manera que minimice las tensiones y posibles limitaciones de acceso, derivadas por situaciones como las ya descritas.

6. Reconocimiento del rol rector y de regulación del MSPAS

El trabajo de los pilotajes se hace en base a lineamientos y normas de atención del MSPAS. Se participa en los sistemas ministeriales de información y vigilancia, generándose y entregándose informes y reportes periódicos (P.ej. SIGSA, Memorias Anuales de Vigilancia Epidemiológica) a los Distritos de Salud. Además, se participa en los Consejos Técnicos y reuniones de éstos.

C. La interculturalidad en el MIS: una perspectiva para la equidad y la igualdad, en la diversidad

La población tiene una conformación social y cultural heterogénea, con una variedad de comportamientos y acciones regidas por significados, símbolos y concepciones distintas, en permanente interrelación y cambio. Esto genera una serie de lógicas socioculturales diversas que pueden observarse en las personas, familias y comunidades, y que se expresan en diferentes conocimientos y formas de comprender, vivir y tratar la salud-enfermedad.

Si bien la interculturalidad involucra el aspecto multiétnico de la población, es necesario comprender que existen otras variables que pueden construir lógicas socioculturales distintas como la religión, la ocupación, educación o formación, migración, estrato socioeconómico y condiciones materiales, entre otras. A medida que estos elementos se identifican y comprenden, también es posible explicar los diferentes perfiles de salud-enfermedad de los grupos socioculturales, así como sus conceptos y prácticas distintas.

Como se dijo anteriormente, el MIS concibe el primer nivel de atención como la articulación del ámbito institucional con el ámbito comuni-

tario. Es precisamente en este último en donde se observan las acciones de salud que llevan a cabo las personas, las familias y las redes comunitarias, a partir de sus propias lógicas socioculturales. El modelo de autoatención explica cómo las primeras acciones para atender un problema de salud se realizan a nivel de los hogares y redes. Dependiendo del problema de salud, se buscará dentro del modelo de salud propio de la cultura, la intervención de terapeutas que son parte de las redes cercanas; pero también se integrarán conocimientos y prácticas provenientes de modelos de salud diferentes. Las acciones en salud de la población deben tomarse en cuenta para el aprendizaje y el enriquecimiento del trabajo institucional.

La perspectiva de interculturalidad del MIS reconoce la diversidad sociocultural y la existencia de varias concepciones y prácticas en salud, haciendo énfasis en la promoción de procesos de interacción positiva que conduzcan a relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, aprendizaje e intercambio, cooperación y convivencia entre modelos diferentes de salud. Se trata entonces de generar relaciones horizontales (no de subordinación) entre las personas, terapeutas y grupos culturales con conocimientos, concepciones y prácticas en salud distintas.

El intercambio entre modelos resulta enriquecedor pues se aportan conocimientos y prácticas terapéuticas efectivas. Además, la identificación de otros problemas de salud (no visibles en el modelo biomédico) permite alcanzar objetivos de salud pública facilitando la adecuación de la atención y mejorando la eficacia. Un ejemplo de esto en la implementación del MIS es la identificación de personas con hechizo o mal hecho, a través del rumor; los casos detectados han dado cuenta de personas con problemas crónicos o enfermedades graves asociadas (tuberculosis, preclampsia) que han

podido ser tratadas y tener como resultado vidas salvadas. La perspectiva de interculturalidad aporta al carácter incluyente del MIS, pues se logran atender problemas no visibilizados por el modelo biomédico predominante pero que afectan la salud de las personas.

En la ejecución del MIS la perspectiva intercultural se ha logrado a través de la estrategia de la “Coordinación en paralelo”. A continuación se enumeran acciones concretas que se han realizado a partir de la perspectiva y la estrategia.

LECCIONES APRENDIDAS...

La interculturalidad como perspectiva universal

La interculturalidad es una perspectiva dialógica, de reconocimiento del otro, aplicable a todas las sociedades y pueblos, pues todas las personas somos portadoras de cultura. Los servicios de salud en cualquier sociedad deben tomar en consideración el contexto cultural donde se desarrollan, si es que aspiran a tener aceptación por parte de la población y ser efectivos en sus metas. En la práctica cuando se habla de interculturalidad hay al menos tres tendencias erróneas en su interpretación:

- La interculturalidad es aplicable sólo a contextos de población indígena, en consecuencia no es posible desarrollarla en contextos como el oriente u otros donde predomina la población mestiza o ladina en el país.
- La interculturalidad sólo hace referencia a las costumbres, tradiciones, recursos, terapeutas y cosmogonías mayas, como si estos fueran puros, sin transacciones con elementos culturales diferentes a los propios. Un ejemplo de ello, es cuando se aplica la epidemiología sociocultural sólo a las enfermedades maya-populares como el ojeado, el susto, el empacho, entre otras; o bien cuando se hace referencia a la medicina maya, solamente con base en la información brindada por el terapeuta especializado— curandero(a), chayero, sacerdote o sacerdotisa maya —y no se considera la percepción y formas de afrontamiento de la enfermedad por parte de la población (personas y familias).
- La interculturalidad, se enfoca únicamente en aspectos curativos o preventivos de la dimensión individual con extensiones a la familia.

Las tendencias de opinión descritas pueden considerarse limitadas ya que toda lógica sociocultural está enriquecida y modulada por elementos culturales externos con las cuales históricamente ha tenido contacto. Asimismo, se debe considerar que el proceso salud enfermedad-atención, aún en su concepción occidental conlleva en sí mismo aspectos culturales. Por ejemplo: el análisis de la muerte materna, la diabetes, hipertensión, debe tomar en consideración los aspectos socioculturales involucrados no sólo como riesgos sino como fortalezas para la población.

Desde el punto de vista familiar y comunitario, las formas de autoatención, organización y acción de los grupos comunitarios son expresión de las lógicas socioculturales de esos colectivos. Al realizar análisis y acciones guiadas por la interculturalidad, se encontrará una red imbricada de conceptos y formas de enfrentar la enfermedad y la muerte, emanadas de la situación de clase, la actividad económica, las condiciones de vida, la religión, el estatus, los aspectos genéricos, la experiencias familiares y locales, entre muchos otros, todas y todos relacionados con diferentes matrices socioculturales. En síntesis, la interculturalidad es una perspectiva universal aplicable a cualquier contexto social y toda acción humana.

1. *Conocimiento y comprensión de otros modelos de salud*

Un elemento que ha permitido el acercamiento a otros modelos de salud es que el personal ha sido seleccionado de las mismas comunidades o de la región. Esto, además de facilitar la atención en el idioma local, propicia una mejor comunicación y entendimiento a partir de referentes culturales comunes.

Para entender cómo se explican las personas los problemas de salud (sus modelos explicativos), en la consulta clínica se pregunta y registra el autodiagnóstico y el “camino del enfermo”, es decir que se indaga sobre las acciones que se han realizado para resolver el problema, y si previamente se ha consultado a terapeutas maya-populares o a otros servicios. Estos pasos son insumos para la comprensión, el diagnóstico, la negociación del tratamiento y el intercambio educacional con pertinencia cultural, en la consulta.

La búsqueda de los modelos explicativos también se realiza cuando se investigan las muertes ocurridas, en donde se averigua y registra la causa que —a criterio de la familia— provocó la muerte, la ruta de atención previa al fallecimiento, y las enfermedades maya-populares que pueden estar asociadas a la causa de defunción.

Como un avance concreto, el MIS realizó una revisión y análisis de los autodiagnósticos registrados y se identificaron siete de las enfermedades maya-populares más frecuentes o graves. Sobre éstas, se elaboraron las normas y procedimientos para la vigilancia del ojeado, empacho, mollera caída, aire o calambre, susto, caída de matriz, hechizo o mal hecho. Estas normas y

procedimientos contienen las definiciones de caso sospechoso, caso probable y caso confirmado que han resultado útiles para establecer impresiones clínicas y para realizar la vigilancia epidemiológica de éstas, por grupo etéreo y sexo. Por estar relacionado a una alta letalidad, el hechizo o mal hecho es considerado una enfermedad de notificación obligatoria y de vigilancia epidemiológica semanal.

2. *Atención intercultural individual*

Para facilitar la atención individual con perspectiva intercultural por parte del personal del MIS, se han elaborado las “Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años”, así como las hojas guía para la atención integral (para menores de dos meses, hombres —adolescentes y adultos— y personas adultas mayores). Estas guías para la atención de las personas incluyen las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a la vez que incorpora opciones de tratamientos naturales normados (de forma exclusiva o complementaria a los medicamentos) para ser negociados con las personas consultantes. También se incluye la orientación y consejería tomando en cuenta el autodiagnóstico y las lógicas socioculturales como el desequilibrio frío-caliente; un ejemplo se muestra en el Extracto de documento 1.

Las guías de abordaje tienen información adicional de utilidad como un listado de plantas y recursos de medicina natural, las formas de uso y preparación de las plantas medicinales, recetas con plantas medicinales, una guía rápida de los alimentos más encontrados en la dieta de la población y su relación con el equilibrio frío-caliente.

Extracto de documento 1
Atención intercultural en las Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años

PASO 1	PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
		Manejo intercultural	Actúe		
Pregunte	Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10	A) Atención con recursos de la Medicina Natural	B) Atención con medicamentos esenciales	Oriente y aconseje	Dé seguimiento
<p>Malestar general, dolor del cuerpo y cabeza, secreción nasal.</p> <p>Le da a varias personas en los mismos días.</p> <p>La duración por lo general es menos de 1 semana.</p>	<p>Resfriado</p> <p>J00.X</p>	<p>Para fiebre: Si hay y no sobrepasa los 38.5 C manejarla con medios físicos (Si los familiares aceptan) con un paño limpio empapado en agua a temperatura del ambiente o del cocimiento de Salvia sija sobre la frente y axilas. Y líquidos abundantes.</p> <p>E indicar plantas medicinales en té (Ver Anexo 1) 3 vasos/día con: Efectos sudoríficos: Verbena (3 ramitas/vaso), limón (1 fruto jugo/vaso), té de limón(3 hojas/vaso), café amargo (En adultos) ½ vaso, y otras utilizadas en la comunidad.</p> <p>En caso de tos, ver la receta DE JARABE CASERO EXPECTORANTE Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2) o dar en té, 4 vasos al día de las plantas con efecto</p> <p>Para calmar la tos: Llantén(3hojas/vaso), manzanilla(3ramitas/vaso), hierbabuena(3ramas/vaso), bugambilia (1cucharada/v)</p> <p>Ó para sacar fleumas: Eucalipto (5hojas/vaso), jengibre (1 pulgada raíz), ocote (3 rajitas del largo de un dedo/v)</p>	<p>Si existe fiebre, de medios físicos (Si los familiares lo aceptan) Y líquidos abundantes.</p> <p>De 5 a menores de 10 años: Acetaminofén: 10ml c/6hr. Por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.)</p> <p>En caso de sibilancia: Salbutamol 5 ml. Oral c/8 hrs. no más de 3 días (Frasco 2 mg/5ml)</p> <p>Adolescente - adulto: Acetaminofén 500 mg. cada 6 horas hasta que no haya fiebre ó un máximo 3 días. En caso de sibilancia dar Salbutamol 1 tableta de 4 mg. Oral C/8 hrs. por 3 días.</p>	<p>Recordar el autodiagnóstico del paciente: El resfriado es una enfermedad fría que necesita ser recuperado el equilibrio del cuerpo no exponer a chiflones luego del baño, etc. o a alimentos fríos ó frescos (Ver Anexo 3)</p> <p>Ver recomendaciones generales en (Anexo 4)</p>	<p>Cita en 5 días.</p>

3. *Atención intercultural familiar y del conjunto sociocultural*

Cada familia recibe anualmente una visita familiar integral, en la cual se identifican y clasifican 53 riesgos, de los cuales ocho están relacionados a la autoatención; por ejemplo: la desintegración o falta de redes de apoyo, el rechazo o limitación al intercambio educacional, rechazo a la vacunación o problemas para la detección de signos de peligro. También se identifican aspectos psicosociales a los cuales se da seguimiento.

Con la participación de las familias se construyen los Planes de Emergencia Familiar (PEF), los cuales son parte importante de la autoatención. También se han impulsado las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC) y los Planes de Emergencia Comunitaria (PEC), con los cuales se identifican los recursos y personas necesarias para responder a las urgencias.

En cada sector y Casa de Salud Comunitaria⁴ (CSC) existe un huerto demostrativo que rescata el uso de los recursos locales en las prácticas de atención en salud. En estos huertos se encuentran las plantas cuyo uso está normado en las guías de atención y las que han sido mencionadas por los(as) terapeutas maya-populares en las actividades de intercambio, cuando el microclima local permite hallarlas y cultivarlas.

4 Tal como se explica en el apartado de Estructura y organización del Modelo Incluyente de Salud, la población y territorio que se cubre se divide en sectores. En cada sector de trabajo se localiza una Casa de Salud Comunitaria que es la estructura física en donde se ubica el Equipo Comunitario de Salud (ECOS) y en donde se realizan diferentes acciones de atención.

4. *Interculturalidad en la relación comunitaria*

Se comprende que las comunidades están determinadas por sus procesos sociohistóricos y condiciones materiales propias y que son portadoras de experiencias, conocimientos y sabiduría para su contexto. Reconociendo esto, el trabajo institucional del MIS supone un respeto y acoplamiento a las lógicas, dinámicas y organizaciones comunitarias existentes.

5. *Organización de cuidadores y terapeutas maya-populares, e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud*

Se llevó a cabo un proceso inicial para identificar a las(os) terapeutas maya-populares y comadronas existentes en las comunidades. Posteriormente se visitó a cada uno(a) de estos(as) terapeutas y comadronas para hacer una entrevista y recabar información personal, el tipo de trabajo que realizan, las personas que más acuden con ellos(as), las principales dificultades en su trabajo y sus recomendaciones para la comunicación futura con el personal institucional.

A partir de la información recolectada se elaboró un directorio que caracteriza a los(as) terapeutas maya-populares y comadronas, que facilita su ubicación y especialidad. Dentro de las especialidades encontradas se pueden mencionar: sacerdote o sacerdotisa maya, comadrona, partero, curandero(a), curandero(a) de niños y niñas, curandera de matriz caída, curandera de problemas de la mujer, huesero(a) y sobadora. Existen algunas(os) terapeutas y comadronas que ejercen varias especialidades. Para completar y mantener actualizada esta información, se realizan nuevas entrevistas cada año.

LECCIONES APRENDIDAS...

La tensión entre la atención normada y la presión de la comunidad medicalizada

La tradición comunitaria sobre determinados tipos de terapias parece ser importante para una percepción positiva del desempeño del trabajador de la salud.

- El interés permanente de la población por la administración de complejo B o la terapia con sueros intravenosos no se hacen esperar en las comunidades. La satisfacción de este tipo de requerimientos por parte de personas y familias es muy importante y las(os) ASC deben negociar.
- La utilización de plantas medicinales normada por el MIS, no siempre es bien recibida por parte de la población pues muchas personas prefieren las medicinas químicas, en las cuales perciben una acción de manera más inmediata. Por otra parte, existen grupos de mujeres, comadronas y terapeutas, con un interés manifiesto en conocer y profundizar sobre este tipo de tratamiento.

Ambas situaciones derivan del proceso de medicalización de la sociedad, la cual no es contradictoria con la lógica sociocultural local, sino que forma parte de los procesos de resignificación de elementos externos culturales que son integrados a la cultura local de las personas y las familias. Para el personal del MIS es un reto negociar y lograr la satisfacción de las personas a las que atienden dada la importancia de mantener la pertinencia intercultural.

El MIS ha impulsado la estrategia “Casa de Salud Comunitaria amiga de la comadrona y los(as) terapeutas maya-populares”. Esta estrategia supone ofrecer atención clínica integral a terapeutas y comadronas, así como realizar reuniones de intercambio entre ellos(as) y el personal institucional. Se llevan a cabo reuniones mensuales con las comadronas, actividades trimestrales con las(os) terapeutas maya-populares (incluyendo a las comadronas)⁵ de cada sector de pilotaje, y una actividad anual con todas(os) las(os) terapeutas del pilotaje. Como parte de estas activida-

des se hace una presentación y discusión de la sala situacional de salud, se comparten los problemas que han atendido los(as) terapeutas y comadronas⁶, y en especial con las comadronas se ha logrado la presentación y análisis de casos materno-infantiles.

6. Referencia-contrarreferencia

Las referencias y contrarreferencias con los terapeutas maya-populares y las comadronas son posibles al establecerse una relación con ellos(as), y contando con las definiciones de

5 Aunque con las comadronas el MIS realiza un trabajo específico, se considera a las comadronas como parte de la red de terapeutas maya-populares de las comunidades.

6 Se está desarrollando un instrumento visual para que los(as) terapeutas maya-populares y comadronas puedan registrar aquellos casos o problemas de salud que atienden.

caso de las enfermedades maya-populares. De esta manera todas aquellas enfermedades maya-populares probables o sospechosas son referidas a las(os) terapeutas maya-populares, para su confirmación y manejo, según su especialidad. Los casos de enfermedad maya-popular solo pueden ser confirmados por los(as) terapeutas.

Para facilitar la referencia de enfermedades maya-populares hacia las(os) terapeutas, en el MIS se ha elaborado un instrumento de registro que fue validado con las(os) terapeutas maya-populares. Este es un instrumento muy gráfico, en donde el personal de salud marca la imagen de la enfermedad maya-popular por la cual se está refiriendo. Estas imágenes facilitan su interpretación por parte de los(as) terapeutas no alfabetos(as) que reciben las referencias.

Las(os) terapeutas maya-populares y comadronas también realizan referencias hacia el personal institucional, pero raras veces éstas se hacen por escrito, debido a los niveles de muy baja escolaridad y analfabetismo existentes. Es frecuente que las referencias se lleven a cabo personalmente, cuando los(as) terapeutas o comadronas acompañan a la persona a la consulta institucional.

D. La perspectiva de género del MIS: una perspectiva feminista, histórica y relacional

La perspectiva de género no es un concepto unívoco, por lo que es necesario exponer cómo se concibe y traduce en el MIS. El Modelo Incluyente en Salud se aleja del enfoque de género predominante al considerar que ha sido parcial o “aséptico”, ya que a pesar de identificar asimetrías en las condiciones materiales y sociales de las mujeres, se limita a proponer el acceso de éstas a algunos recursos y servicios

sin cuestionar ni proponerse transformar las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres.

Desde el MIS se comprende que las relaciones de género desiguales se construyen socialmente en base al simple hecho biológico de haber nacido hombre o mujer. Dentro de los condicionantes históricos y sociales que más han influido en reproducir la desigualdad, se señalan:

- La división sexual del trabajo que asigna a las mujeres la responsabilidad exclusiva o mayor en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos e hijas, y establece que el trabajo productivo y de provisión corresponde a los hombres; dando un mayor valor a éste por ser el que aporta el dinero (monetiza).
- La hegemonía de la ideología y la cultura patriarcal, que considera que la mujer “por naturaleza” es inferior, por lo que es válido asignarle un lugar secundario y subordinado en la sociedad, sujeta a la autoridad del hombre.
- La clase y la etnia, pues aunque las mujeres de distintas clases socioeconómicas y etnias comparten –en menor o mayor medida– las posiciones de desigualdad de género, ser mujer se vive y expresa de diferente forma, dependiendo de la situación económica, la pertenencia étnica y otras variables socio-culturales.

La atención a la salud con el enfoque de género predominante, ha sido insuficiente para el desarrollo de programas integrales, pues suele hacerse a través de la mirada biomédica, con énfasis en las mujeres como grupo social discriminado y específicamente sobre el rol reproductivo de las mujeres. Con este enfoque no se ha logrado vincular las condiciones so-

ciales de las mujeres con su salud, pero además se invisibilizan las necesidades de salud de los hombres, aún cuando este grupo recibe muy poca atención.

Tomando en cuenta lo anterior, y para lograr superar los enfoques parciales, el MIS parte de un marco teórico con tres premisas básicas para la construcción de su perspectiva de género que se explican a continuación.

- **Asume una perspectiva de género feminista.** Parte del reconocimiento de un sistema de poder patriarcal, fundamentado en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, y busca la transformación de dichas relaciones. Por ello se plantea y promueve el reconocimiento y respeto de los derechos específicos de las mujeres, como acciones afirmativas dirigidas a eliminar desigualdades.
- **Plantea la historización de las relaciones de género.** La perspectiva de género debe analizar y tomar en cuenta las diferencias socioculturales con relación al patriarcado, para evitar caer en las visiones etnocéntricas o en los esencialismos culturales. Estos últimos elementos implican que el género debe ser relativizado y contextualizado en otros marcos culturales, teniendo el cuidado de no caer en la justificación de desigualdades en aras de la “tradición cultural”⁷.
- **Aborda el género como una perspectiva relacional.** El género permite entender y transformar el sistema social de relaciones entre hombres y mujeres, y no solamente la condición social de las mujeres. El género influye en la salud de los hombres y

de las mujeres, desde la esfera cultural que condiciona comportamientos, significados, mandatos y relaciones entre ambos sexos. Para el caso de las mujeres las desventajas y consecuencias son evidentes, no así para los hombres. Si bien el modelo de masculinidad dominante supone ciertas ventajas o privilegios sociales, también puede traducirse en un alto costo para la salud de los hombres como la mortalidad y morbilidad por violencia, alcoholismo, conductas sexuales de riesgo, entre otros.

A partir de estas tres premisas, esta perspectiva facilita la identificación de desigualdades y el desarrollo de acciones concretas orientadas a la eliminación de estas desigualdades. En términos operativos, las acciones de salud se dirigen a atender las necesidades de salud específicas de hombres y mujeres, al mismo tiempo que se propone transformar las relaciones entre géneros que producen desigualdad y discriminación. En la implementación del MIS, la perspectiva de género se refleja en varios elementos:

1. Caracterización de género

Para poder historizar las relaciones entre hombres y mujeres en la población de los dos proyectos piloto, se llevó a cabo un estudio de caracterización de género en dos comunidades de cada pilotaje (cuatro comunidades en total). Con esta caracterización se identificaron las desigualdades en seis aspectos que fueron consistentes en las cuatro comunidades: carga laboral, toma de decisiones, descanso y recreación, participación comunitaria, mandatos de género y violencia de género. Esta caracterización investigó cuáles son los principales riesgos y enfermedades que padecen los hombres y las mujeres, así como las ideas y temores más comunes que tienen sobre la planificación familiar (PF) y la educación.

7 Sin dejar de reconocer las desigualdades de género, la perspectiva debe adecuarse y enriquecerse con las características socioculturales de la población con la que se trabaja, y no imponerse desde una lógica occidental o “ladina” dominante.

Los hallazgos principales fueron devueltos y compartidos con las comunidades en las que se llevó a cabo la investigación. La información y análisis de este estudio fueron insumos valiosos para identificar y abordar temas prioritarios en actividades grupales de información y comunicación, para la formación permanente del personal de salud, así como para la mejora general y adecuación de los programas del MIS al contexto.

2. Atención integral a mujeres y hombres

El MIS brinda atención integral tanto a mujeres como a hombres. Debido a que ellos consultan menos, se realiza la promoción sistemática de la atención para los hombres, tanto en las consultas clínicas, las visitas familiares y a través de los grupos comunitarios.

Las Casas de Salud Comunitaria cuentan con material visual que ofrece la atención a hombres, adultos mayores, jóvenes y mujeres no embarazadas, y también hay material de apoyo con perspectiva de género para la consejería.

Para la atención de las mujeres se consideran los aspectos reproductivos y los no reproductivos, y en las consultas se pregunta acerca de la salud de las mujeres, cuando éstas acompañan a un(a) usuario(a). Las guías de abordaje utilizadas para orientar las consultas contienen un apartado sobre enfermedades más comunes de la mujer, en donde se incluyen aspectos adicionales al tema reproductivo como la cefalea y problemas osteomusculares (ver ejemplo en el Extracto de documento 2).

Extracto de documento 2
Atención a problemas no reproductivos en mujeres en las Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años

GRUPO 4: ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	Observe/escuche	Clasifique ó Impresión Clínica	Actúe		Oriente y aconseje	Dé seguimiento
		CIE 10	Manejo intercultural Si el manejo indicado lo permite, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:			
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	B) Atención con medicamentos esenciales		
Dolor de cabeza sin causa relacionada. Puede haber en el motivo de consulta o antecedente de una situación de tensión emocional personal, familiar o comunitaria.		Cefalea RS1	Preparar como infusión (flores ramitas) o cocimiento (raíz machacada) 2 de las siguientes plantas medicinales por taza de agua: Chilpilín (3 ramitas sin semillas), Granadilla (3 flores y 3 hojas), Manzanilla (3 ramitas con flores), Naranja (1 dedo de pedacito de corteza) Romero (3 ramitas), Ruda (1 ramita), Té de Limón (2 hojas), Tilo (3 ramitas con flores), ó Valeriana (1 dedo pedacito raíz). Tomar 3 tazas al día, hasta calmar el nerviosismo o tensión emocional. El ASC puede hacer presión con el dedo pulgar y/o índice de su mano sobre los puntos de DIGITOPRESION en la paciente: Ver gráfico 1 P-7: 1.5 c. p. sobre el carpo, en la parte del radio, PC-6: 2 c. p. sobre el carpo, entre los tendones del músculo palmaris longus y músculo flexor carpi radialis, T-21: Junto al borde exterior de las cejas en la orbita. VF -14: 1 c. p. sobre el entrecejo.	Acetaminofén 500mg. Cada 6 horas por dolor.	Recomendar actividades que ayudaran a relajarse y la fortalecerán física como espiritualmente: 1) Caminar 2 a 3 veces por semana, por 30 minutos. 2) Asistir a actividades de su iglesia (Según sea su religión), etc. El ASC puede enseñar a hacer presión sobre los puntos de Digitopresión de paso 3.	Cita en 15 días. Si persiste la cefalea refiera a el EAPAS PIAS (para investigar otro problema como visual o si se tiene elevada la P/A, etc.) ó existe una causa de tensión emocional evaluar la referencia al EAPAS PFAS ó hacia un apoyo o guía espiritual de acuerdo a sus creencias religiosas, etc.
	Nota: Puede haber o no presión arterial elevada.					

Como se ha mencionado, para la atención de los hombres y personas adultas mayores se han elaborado unas hojas guía para brindar atención integral, incluyendo pre-

guntas y examen físico para buscar los problemas más frecuentes o relevantes por su ciclo de vida y sexo, así como consejería y orientación.

LECCIONES APRENDIDAS...

La atención a hombres

Debido al modelo de masculinidad dominante, la mayoría de los hombres suelen tener dificultades para abordar su salud, careciendo de referentes institucionales para buscar ser atendidos. Aunque desde el MIS se desarrollan estrategias concretas para la atención de salud a hombres, se han enfrentado obstáculos para lograr las coberturas esperadas debido a las siguientes razones:

- La percepción de los hombres que los servicios son dirigidos únicamente a niñas(os) y mujeres.
- Los hombres sienten vergüenza de esperar la consulta en medio de mujeres.
- La dinámica laboral de los hombres no les permite fácilmente asistir a las Casas de Salud Comunitaria.

Otra herramienta que ilustra la atención con perspectiva de género es la guía para el monitoreo y supervisión de la consulta. Con este instrumento se supervisan los aspectos básicos que deben tener las consultas clíni-

cas, incluyendo la consejería y otras acciones por sexo y ciclo de vida. La siguiente tabla incluye los elementos más importantes de la guía que tienen relación con la perspectiva de género.

Tabla 1
Elementos de la perspectiva de género en la Guía de monitoreo y supervisión de la consulta

Aspecto de evaluación en la consulta	Elementos que reflejan la perspectiva de género
Inicio de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Pregunta a la persona consultante si quiere entrar solo(a) o acompañado(a)?
Motivo de consulta e interrogatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque sea el acompañante quien expone el motivo de consulta, ¿pregunta a la persona consultante su opinión y dirige a ella(él) la mirada, en especial si es mujer, adulto(a) mayor o niño(a)? • Si la consultante es mujer en edad fértil (MEF), ¿pregunta por fecha de última regla (FUR), y realiza prueba verbal de embarazo?
Autodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Reconoce los conocimientos de salud de el(la) consultante o acompañante? En especial si son mujeres, ¿las reconoce como cuidadoras o curadoras?
Atención del niño(a) menor de 5 años y mujer en grupo materno	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Brinda la consejería en una forma clara y sencilla para que entienda el(la) consultante o acompañante (cuidador(a)), especialmente en tema de crecimiento y desarrollo, alimentación (Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida sin dar otros alimentos), derechos de la niñez e igualdad entre niños y niñas? • ¿Motiva las mujeres a asistir a la consulta no sólo cuando están embarazadas?
ATENCIÓN AL MA- YOR DE 5 AÑOS: Hombre, mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Si es MEF, ¿brinda información que solicite en relación a planificación familiar (PF) ó Salud Reproductiva sin distinción de estado civil, edad, otros? • Si es hombre, ¿brinda servicio e información solicitadas por infecciones de transmisión sexual (ITS) o planificación familiar, sin distinción de estado de civil, edad, otros?
Intercambio educacional	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Brinda consejería sobre alimentación culturalmente apropiada, acorde a ciclo de vida y promueve equidad de género? • ¿Utiliza materiales de educación e información de apoyo con imágenes y mensajes claves, adecuados a la realidad de la comunidad y expresan equidad de género? • ¿Se ha ofrecido métodos de PF a mujeres y hombres? • ¿Se ha ofrecido consejería sobre ITS a mujeres y hombres? • ¿Motiva a los hombres a asistir a la consulta y a promover en otros hombres no aguantarse las dolencias pues ellos también tienen derecho a la salud?
Acompañante	<ul style="list-style-type: none"> • Si la acompañante es mujer (MEF), ¿indaga si está embarazada? Si es afirmativo, ¿hace control prenatal y usa una ficha aparte?

3. *Atención integral a la familia, con perspectiva de género*

Durante las visitas a las familias se identifican riesgos diferenciados por ciclo de vida y sexo, y también se detectan problemas de violencia, adicciones o abuso sexual. Para todos los riesgos y problemas detectados se han definido acciones inmediatas y de seguimiento. En los casos específicos de violencia, adicciones o abuso sexual, se cuenta con hojas informativas que se entregan a la familia y se activan rutas de acción cuando alguien de la familia pide ayuda.

La participación de hombres y mujeres es importante en la construcción de los Planes de Emergencia Familiar (PEF) que se elaboran con las familias en donde hay alguna embarazada. Se identifica y trabaja con las personas que toman decisiones para que se haga una activación efectiva de dichos planes.

LECCIONES APRENDIDAS...

La mejor estrategia de género e interculturalidad para la población

La mejor estrategia para desarrollar una atención en salud basada en el género y la interculturalidad es generar procesos de cambio en el personal de la institución que provee el servicio. *El ejemplo arrastra*, por lo que normar y verificar en la práctica aspectos interculturales y de género de carácter conductual y actitudinal es la principal forma de proyectarse a las comunidades. Las perspectivas no sólo deben plasmarse en los programas y la vigilancia en salud, sino también en todos los componentes del ciclo administrativo, debiendo ser orgánicas a la institución.

4. *Participación compartida de hombres y mujeres en el cuidado de salud familiar*

En la dinámica y funcionamiento de las familias, las personas que por lo general asumen el trabajo de cuidado y atención de la salud son las mujeres. El Modelo Incluyente en Salud reconoce a las mujeres como cuidadoras y apoya en el fortalecimiento de sus capacidades. Al mismo tiempo, promueve la participación de los hombres en la autoatención y el cuidado de las(os) niñas(os) a través de mensajes clave y material visual que se comparte en las Casas de Salud Comunitaria, las visitas familiares y el trabajo con grupos comunitarios.

5. *Sistema de información y vigilancia de la salud basada en género*

Los riesgos y daños a la salud detectados se registran según el ciclo de vida y sexo. Se cuentan con reportes para hacer el análisis diferenciado de los datos. Esta información alimenta la sala física y situacional de salud en cada Casa de Salud Comunitaria y es útil para tomar decisiones en la vigilancia de la salud.

Para el análisis de la atención se han construido indicadores y metas específicas sobre las consultas por motivos no reproductivos a mujeres de 15 años y más, así como las consultas a hombres.

E. Las perspectivas en el clima y funcionamiento organizacional

Para el desarrollo de las perspectivas en el trabajo, ha sido fundamental que éstas sean objeto de apropiación e interiorización por parte del personal de salud. Esto se ha logrado a través de la conformación de los equipos de

LECCIONES APRENDIDAS...

Los avances de la perspectiva intercultural y de género

Desde el amplio marco conceptual y metodológico en que se planteó el MIS, los avances de interculturalidad y género pueden considerarse modestos. Para el caso de la interculturalidad no ha sido posible dar cuenta de muchos procesos socioculturales; mientras que en materia de género se tiene un conocimiento parcial sobre las formas específicas en que se expresan las inequidades en las comunidades. Esto está relacionado con el estado del arte de este tipo de conocimientos en el contexto sanitario y académico del país, así como con factores humanos y técnicos. Con relación a los primeros, ninguna persona que labora en el MIS ha llegado a estar y sentirse completamente preparada y con actitudes correctas para ambas perspectivas; mientras que desde el punto de vista técnico, existe mucha teoría pero pocas concreciones en modelos de atención en salud. De ahí que el camino que se plantea para el avance sea la realización de acercamientos sucesivos mediante un proceso de aprendizaje y de construcción social que propicie transformaciones personales y colectivas más allá del ámbito laboral. En el caso de las comunidades se ha observado que existen procesos de cambio generacional, condicionados por múltiples procesos sociales.

trabajo y el establecimiento y cumplimiento de normas que determinan el clima y el funcionamiento organizacional.

1. *El personal como sujeto y portador de derechos*

Un elemento considerado fundamental dentro del MIS, y en coherencia con la perspectiva, es el reconocimiento y cumplimiento de los derechos laborales. La contratación, remuneración y prestaciones del personal se definen en base a la regulación y legislación nacional. Que los(as) trabajadores(as) de salud conozcan sus derechos, facilita la incorporación de la perspectiva del derecho a la salud en la entrega de la atención.

2. *Personal local y conformación de equipos mixtos*

En la conformación de los equipos de salud se ha buscado la presencia de al menos una mujer cuando la mayoría son hombres, o de al menos un hombre cuando predominan mujeres. Los equipos de trabajo también se caracterizan por su heterogeneidad sociocultural, observando la presencia de personas con diferentes experiencias de formación, nivel socioeconómico, edad y adscripciones religiosas o políticas. Esta diversidad sociocultural es seguramente un mediador en las relaciones entre el personal, pero no debe afectar la atención que se da a las personas, familias o comunidades.

LECCIONES APRENDIDAS...

La confianza hacia la(el) Agente de Salud Comunitaria independientemente de su sexo

Cuando las(os) Agentes de Salud Comunitaria (ASC) han tenido un buen desempeño y aceptación por parte de las personas y familias, el sexo de la persona que brinda el servicio deja de ser una limitante. Se ha observado que los controles prenatales pueden ser realizados sin dificultad por los varones, mientras que hombres con problemas de impotencia o enfermedades de transmisión sexual han sido atendidos por mujeres. Si bien es importante que en el corto y mediano plazo se mantengan equipos mixtos de trabajo, a largo plazo lo que debería regir el acceso de las personas a la atención, son la calidad y sentido humano de la misma y no los condicionamientos genéricos.

3. Normas de género e interculturalidad

Se han establecido normas de género e interculturalidad para los equipos de trabajo. Se da la rotación en la distribución de tareas de limpieza y orden, así como en las responsabilidades de coordinación y toma de decisiones del grupo. De esta manera se comparte equitativamente el trabajo que tradicionalmente se asigna a un sexo u otro, y se promueven (tanto en el personal como en la población) cambios en los roles tradicionales de género. Dentro del trabajo de los equipos se toman en consideración las medidas necesarias de seguridad en la movilización del personal, sobre todo femenino⁸.

Estas normas también promueven el uso de un lenguaje (oral y escrito) incluyente, visibilizando la presencia de mujeres y hombres. Asimismo, se contempla la denuncia de problemas de acoso sexual y se limitan las expresiones discriminatorias de género o socioculturales como sucede con las bromas o los chistes racistas, homofóbicos o machistas.

No existe una comisión específica para el trabajo de género o de interculturalidad, y la responsabilidad de promover las perspectivas debe ser asumida por todo el personal.

⁸ Las condiciones de inseguridad pueden dificultar la incorporación de las personas en el trabajo de salud, sobre todo a las mujeres. Por esto, es fundamental que desde la institución se tomen las medidas necesarias para disminuir los riesgos de seguridad durante las actividades de trabajo.

LECCIONES APRENDIDAS...

Acciones y reacciones hacia el género en el personal sanitario

Se pueden lograr importantes avances en materia de género en el campo de la salud, no obstante hay que señalar dificultades y aspectos relevantes encontrados en la aplicación de la perspectiva:

- Es necesario establecer condiciones mínimas dentro del clima organizacional con el fin de hacer acciones afirmativas hacia la igualdad en la condición genérica. Las normas institucionales de género deben aplicarse a todos los niveles de la organización. Sin embargo, su aplicación se ve modulada por los niveles de comprensión, competencia y posicionamiento ideológico de los(as) trabajadoras.
- Ante la idea que el género es un tema de mujeres, se decidió no formar una comisión específica sino más bien desarrollar la estrategia de decisión política institucional.
- Las resistencias a la perspectiva de género pueden estar más difundidas dentro del personal que las resistencias a la interculturalidad.
- Es difícil comprender cómo se da la relación genérica en el personal indígena. Si bien es cierto se dan inequidades, el contexto sociocultural modula las relaciones de género de una forma que no es explicable únicamente desde marcos conceptuales occidentales.
- El personal percibía que era imposible actuar frente a problemas como abuso sexual o violencia intrafamiliar pese a tener guías de trabajo al respecto. En la medida que se han tenido experiencias exitosas, el personal se ha sentido más seguro en detectar y accionar sobre estos problemas.
- El personal local puede, en algunas ocasiones, tomar acciones acordes al contexto de inequidad genérica por presión de la población local y/o por adscribirse a determinada posición que pone en desventaja a las mujeres. Ejemplo: no provisión de métodos anticonceptivos a mujeres cuyos maridos están en Estados Unidos.
- El proceso de cambios en la perspectiva género se va dando de manera paulatina y va desde aspectos conductuales hasta actitudinales. Finalmente el personal se siente orgulloso por los avances logrados y progresivamente los reconoce e incorpora dentro de su ámbito personal y familiar.

4. Formación permanente del personal

Las perspectivas son temas de trabajo en las actividades de formación permanente. Para la interiorización de estos temas han sido de gran utilidad las actividades y talleres vivenciales, en donde se parte de las experiencias y reflexiones personales.

LECCIONES APRENDIDAS...

De la interculturalidad a la relación equitativa intraétnica

La interculturalidad hace referencia a la relación equitativa entre pueblos que tienen diferentes lógicas socioculturales. En la práctica, la pertenencia de un trabajador al contexto sociocultural donde trabaja, no es suficiente para garantizar la relación equitativa en términos de la atención en salud. Debido a procesos educativos inadecuados, así como a la dominación de la cultura occidental, entre otras razones; una persona indígena puede desconocer y pre-juzgar el conocimiento y experiencia de su propio pueblo. Existe la necesidad de mantener un proceso de reflexión y profundización permanente sobre el valor y utilidad que para la salud pública tienen los diferentes modelos de atención en salud y las distintas lógicas socioculturales de las personas, familias y organizaciones comunitarias.

5. El fortalecimiento de las perspectivas en la planificación

Como parte de la planificación estratégica y de los Planes Operativos Anuales (POA) el fortalecimiento de las perspectivas se incorpora como un resultado específico. Esto exhorta a establecer temas, actividades y tareas, con plazos y responsables para su cumplimiento. Los temas y actividades se dirigen a reforzar las perspectivas tanto en el modelo de atención como en el modelo de gestión del Modelo Incluyente en Salud.

Como se ha explicado, las tres perspectivas han logrado transitar exitosamente de un plano conceptual a un plano operativo (ver Figura 3).

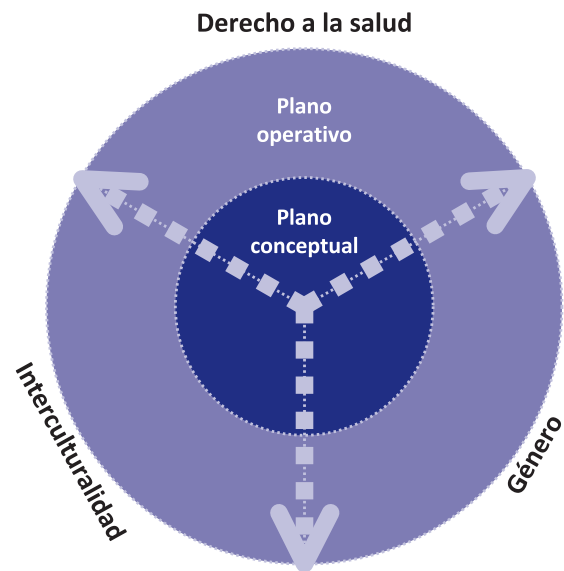


Figura 3
Perspectivas del Modelo Incluyente en Salud

LECCIONES APRENDIDAS...

Acciones y reacciones hacia la interculturalidad en el personal sanitario

Se pueden lograr importantes avances en materia de interculturalidad en el campo de la salud. A continuación se señalan dificultades y aspectos relevantes en la aplicación de esta perspectiva:

- Es necesario establecer condiciones mínimas dentro del clima organizacional con el fin de hacer acciones afirmativas hacia la cultura o lógicas socioculturales locales o indígenas. Las normas institucionales de interculturalidad deben aplicarse a todos los niveles de la organización. Sin embargo, su aplicación se verá modulada por los niveles de comprensión, competencia y posicionamiento ideológico de los(as) trabajadores(as).
- A mayor nivel profesional más resistencias a aceptar el valor del conocimiento y prácticas de la auto atención familiar y el modelo maya-popular.
- La pertenencia religiosa puede afectar negativamente la apertura a los otros modelos de salud, sus terapeutas y recursos.
- Generalmente existe poca capacidad y disposición al aprendizaje sobre otros modelos de salud, dejándose de lado el intercambio y enfatizándose la información, comunicación y educación en una sola vía. Predomina la idea que vamos a enseñar y no a aprender.
- Los procesos históricos de discriminación hacia la cultura indígena han sido tan fuertes, que aún en un clima organizacional propicio a la interculturalidad, es difícil que el personal que tiene conocimientos y experiencias “dones” dentro de la medicina maya, los comparta de manera institucional.
- El proceso de cambios en relación con la perspectiva intercultural se va dando de manera paulatina, pudiendo ir desde aspectos conductuales hasta actitudinales. Después de cierto tiempo, el personal se siente orgulloso por los avances logrados y progresivamente los reconoce e incorpora dentro de su ámbito personal y familiar.

II. La estrategia programática operativa: la comunidad, la familia y el individuo

Los niveles de análisis-acción mencionados anteriormente son el punto de partida para construir la estrategia programática del MIS. De esta forma, el MIS cuenta con el Programa Individual de Atención en Salud (PIAS), el Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS) y el Programa Comunitario de Salud (PCOS). Considerando que el individuo está inmerso en una familia y que las familias son parte de una comunidad, debe comprenderse la interrelación existente entre los tres programas mencionados. De esta manera existen problemas de salud que pueden ser identificados en el ejercicio de un programa, pero cuyo seguimiento o abordaje debe darse a través de las acciones de otro programa.

Para facilitar el ordenamiento de las actividades, cada uno de los programas se trabaja a partir de subprogramas que toman en cuenta los ciclos de vida: a) Infantil, b) Preescolar y Escolar, c) Adolescente, d) Mujer, e) Hombre, f) Persona adulta mayor, a los cuales se añade el subprograma g) Medio ambiente-Madre Naturaleza (ver Figura 4). Entonces, la estrategia programática incorpora los aspectos culturales, sociales y biológicos de los ciclos de vida, además del entorno, para adecuar las acciones que se desarrollen. Por otro lado, se enfatiza el compromiso de trabajar y brindar atención a toda la población y no únicamente con los grupos poblacionales materno e infantil.

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	Programa individual de salud P I A S	Programa familiar de salud P F A S	Programa comunitario de salud P C O S	
Subprograma Salud infantil	Curación/prevenición	Prevenición/promoción	Prevenición/promoción	
Subprograma Salud preescolar y escolar		Censo familiar	Información y comunicación	
Subprograma Salud de los y las adolescentes		Referencias y contra referencias	Visitas familiares continuas	Croquis
Subprograma Salud de las mujeres		Integración de la normativa de atención y vigilancia en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Identificación de factores de riesgo y oportunidades	Gestión comunitaria
Subprograma Salud de los hombres			Apoyo a grupos específicos	
Subprograma Salud de las personas adultas mayores				
Subprograma Atención al medio ambiente-Madre Naturaleza				

Figura 4
Programas y subprogramas del Modelo Incluyente en Salud

LECCIONES APRENDIDAS...**Mayor peso de la lógica programática y menor desarrollo de los subprogramas (ciclos de vida y medio ambiente-madre naturaleza)**

La construcción escalonada de los 3 programas del MIS implicó grandes esfuerzos técnicos y operativos debido a la complejidad de la estrategia programática, por aspirar no sólo a la realización de intervenciones de salud pública de alta calidad, sino también al desarrollo de nuevas acciones para las cuales no habían referentes prácticos en el país. Debido a ello, se decidió que los diferentes subprogramas planteados en la propuesta original encontraran su concreción como parte de la estrategia programática intentando que se tomaran en cuenta los diferentes ciclos de vida. Sin embargo, a partir de tal decisión, no fue posible impulsar los subprogramas con el mismo nivel de desarrollo que los programas, por lo que se tuvieron que implementar aspectos prioritarios. Para el caso del subprograma Medio ambiente-Madre Naturaleza la priorización se dirigió a la incorporación de aspectos de atención al medio y saneamiento ambiental a través del Programa Comunitario de Salud (PCOS).

Después del camino recorrido, se ha llegado a la conclusión que el tema de medio ambiente-madre naturaleza debería ser una más de las perspectivas del MIS que cruce transversalmente los programas de atención y los procesos de gestión. Debido a ello, se tomó la decisión de incluir en el Plan Operativo del MIS para el 2008, la construcción teórica y metodológica de esta nueva perspectiva.

Los programas del MIS se consideran una **estrategia programática operativa** con la que se logra el cumplimiento de las normas y prioridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), así como de las perspectivas del MIS. Con estos programas, los enfoques epidemiológicos poblacional y de riesgo son considerados complementarios, y se logra integrar el trabajo de promoción, prevención, curación y rehabilitación, tanto intramuros como extramuros. Asimismo, es posible la atención sobre diferentes ámbitos de la salud: biológico, social, psicológico, ambiental y otros.

LECCIONES APRENDIDAS...**Conocimientos y normativas del MSPAS como bases del MIS en materia de salud pública**

El conocimiento y experiencia acumulada en los diversos documentos técnicos y normativos del MSPAS fueron la base, en materia de salud pública, para desarrollar guías integradoras de trabajo en los programas del MIS. Con base en ellos, lo que se hizo fue reorganizar el modelo y la gestión en salud, brindando de manera suficiente los recursos humanos y materiales, para que se pueda realmente cumplir con lo estipulado en las distintas normativas y protocolos nacionales.

La implementación de los programas se fue realizando de forma escalonada. El primer programa en implementarse fue el Programa Individual de Atención en Salud (PIAS), posteriormente el Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS) y finalmente el Programa Comunitario de Salud (PCOS). A pesar que el PCOS fue el último programa en estructurarse, las relaciones con la comunidad y sus grupos organizados se dieron desde el inicio de la implementación pues se requirieron de consultas, tanto para informar a la población sobre el proyecto, como para acordar los lugares apropiados para la construcción de las Casas de Salud Comunitaria, la recolección de la información de un primer censo y línea de base, y el inicio de las actividades. Puede afirmarse que la operación plena del MIS, con todos sus programas en funcionamiento, se logró a partir del año 2006.

A continuación se presentan los programas con sus objetivos, características, tácticas operativas y otras intervenciones, y sus principales instrumentos.

A. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)

El objetivo del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS) es avanzar en la resolución de los problemas y riesgos de salud de las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación. Esto se logra a través de la asistencia clínica en el idioma local, que se caracteriza por ser integral, continua, con calidez y de calidad.

El PIAS toma en cuenta el carácter multidimensional de cada persona, su 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 (autodiagnóstico) 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.

Resultados esperados del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)

- Detección de los problemas de salud de la persona, conocimiento de los modelos explicativos y acciones de resolución acordados de forma conjunta entre paciente y terapeuta.
- Detección de riesgos en condiciones de vida, laborales y socioculturales, que afectan a la persona. Se han fortalecidos sus capacidades de autocuidado.
- Se realizan referencias y contrarreferencias con niveles superiores de atención institucionales, así como a modelos de salud diferentes.

LECCIONES APRENDIDAS...

La sobrevivencia de un modelo y su lógica a contracorriente

La sobrevivencia de un modelo integral y horizontal, que brinda atención continua y desarrolla acciones de salud a nivel de la persona, familia y comunidad, es difícil en el contexto de una política de salud que sigue otras lógicas de intervención. Históricamente la política de salud en Guatemala desarrolla una priorización de las acciones materno-infantiles, inmunizaciones y programas verticales, por lo que la manera de programar las acciones no necesariamente coincide con la formas de intervención del MIS. Se ha requerido una constante negociación para hacer viable el MIS en un marco de respeto y apego a la rectoría del MSPAS.

1. Tácticas operativas del PIAS

El Programa Individual de Atención en Salud (PIAS) incluye las tácticas operativas de la siguiente tabla.

Tabla 2
Tácticas operativas del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)

Atención integral en consulta a demanda en las Casas de Salud Comunitarias	Se provee atención diaria, continua e integral a las personas según demanda; se dan consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios (curaciones, hipodermias, etcétera).
Atención preventiva intramuros y extramuros a grupos prioritarios	<p>Tanto en las Casas de Salud Comunitaria, como en actividades extramuros (visitas familiares y por convocatoria), se lleva a cabo la atención preventiva. Esta atención preventiva incluye la entrega de inmunizaciones y micronutrientes a mujeres en edad fértil, así como inmunizaciones, micronutrientes y desparasitantes a niñas(os).</p> <p>Se realizan controles clínicos para embarazadas, puérperas, recién nacidos (RN) y niños(as) menores de cinco años. Las mujeres que se encuentran en el noveno mes de embarazo, reciben un control prenatal por parte del médico(a) o enfermero(a) graduado(a) del equipo de apoyo del MIS.</p> <p>Se promueven y toman muestras citológicas cérvico-vaginales (papanicolau) a las mujeres en edad fértil, haciendo énfasis en aquellas de 40 años y más. Los métodos de planificación familiar (PF) se promocionan y entregan a mujeres y hombres.</p> <p>Las personas con enfermedad crónica reciben atención en las Casas de Salud Comunitaria con el personal de los equipos locales. Sin embargo, se ha normado que, al menos una vez al año, estas personas reciban una consulta integral por parte del médico(a) o enfermero(a) graduado(a) del equipo de apoyo del MIS.</p>

<p>Fortalecimiento de la integralidad de la consulta mediante la aplicación de hojas guía</p>	<p>A partir de la elaboración de hojas guía, se ha fortalecido la integralidad de las consultas para niños(as) menores de dos meses, hombres (10 a 49 años) y personas adultas mayores (50 años y más). Estas hojas guía promueven 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.</p>
<p>Detección y seguimiento de casos especiales</p>	<p>Se consideran casos especiales aquellos niñas(os) menores de 5 años con desnutrición, diarrea con deshidratación o neumonía grave. También se incluyen las embarazadas, embarazadas de noveno mes, puérperas y recién nacidos, los casos psicosociales de riesgo alto (violencia o alcoholismo en donde alguien de la familia pide ayuda), los casos de hechizo o malhecho, y otros casos que por su gravedad lo ameriten. Todos los casos son atendidos y se define su seguimiento que pueden ser citas o visitas de seguimiento, así como referencias.</p> <p>A partir de la evaluación anual y análisis de la información de cada proyecto piloto, se observó una alta mortalidad neonatal en la Boca Costa de Sololá, por lo que se decidió reforzar la atención garantizando un control clínico para todos los recién nacidos antes de cumplir 48 hrs. de edad, y al menos dos visitas de seguimiento antes de cumplir los 28 días de edad. Para el caso de San Juan Ostuncalco, la mortalidad infantil estaba relacionada con problemas de desnutrición, neumonía y diarrea; la decisión ha sido garantizar el control mensual de los niños y niñas menores de 1 año, y dar seguimiento a los casos en donde coexisten la desnutrición, neumonía y/o diarrea hasta su resolución.</p>

LECCIONES APRENDIDAS...

Tensión entre la integralidad de la visita familiar y la atención individual domiciliaria

Las visitas familiares integrales están dirigidas a evaluar la situación del grupo familiar mediante la aplicación del enfoque de riesgo, así como al desarrollo de acciones priorizadas según los riesgos identificados; lo cual incluye la atención individual frente a problemas agudos (especialmente en las familias con niñas(os) menores de cinco años). El formato y contenido de la visita familiar integral entra en tensión con otras prioridades de intervención individual preventiva que también se realizan durante la visita bajo el criterio de “aprovechar oportunidad”. De esta cuenta, la integralidad nuevamente se ve amenazada en la visita familiar, pues se corre el riesgo de relegar a un segundo plano acciones tales como la detección de riesgos, la consejería y los seguimientos a la familia. Debido a ello, en el 2008 se ha tomado la decisión de hacer una reformulación parcial del Programa familiar para rescatar y fortalecer el análisis y la atención de la unidad familiar, y no sólo de sus integrantes.

2. Normas y protocolos de atención del PIAS

Para su funcionamiento, el programa individual cuenta con las siguientes normas y protocolos de atención:

- **Guías de abordaje para la atención a menores de cinco años.** Consisten en el componente clínico y comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- **Guías de abordaje de la atención a personas mayores de cinco años.** Estas guías incorporan las normas de atención para el primer nivel del MSPAS, así como el abordaje sociocultural para ofrecer tratamientos de medicina natural (exclusiva y complementaria) para las enfermedades y problemas de salud más frecuentes en este grupo.
- **Hojas guías de atención integral.** Son específicas para menores de 2 meses, hom-

bres y personas adultas mayores. Son herramientas para realizar una consulta integral que considere las preguntas pertinentes sobre la salud (incluyendo sus modelos explicativos), examen físico completo, búsqueda de los problemas o riesgos más frecuentes o relevantes, consejería y atención psicosocial.

- **Normas para la detección y vigilancia de enfermedades maya-populares.** En estas normas se establecen los criterios para definir casos probables, sospechosos y confirmados de siete enfermedades maya-populares.

Cuando se presentan problemas que por su complejidad o naturaleza no pueden ser resueltos por el personal de salud de las Casas Comunitarias de Salud, se llevan a cabo referencias al médico(a) o enfermera(o) del PIAS, al Centro de Salud u hospital del MSPAS, a los terapeutas maya-populares o a servicios privados de salud.

3. Instrumentos de registro del PIAS

Para el registro de las actividades realizadas desde el PIAS, se cuenta con diversos instrumentos como los que se muestran a continuación.

- **Ficha clínica.** En este instrumento se registra la información de la consulta y controles clínicos; se llena una ficha clínica, por cada consulta o control realizado. La ficha clínica puede acompañarse de una hoja de pre y postparto si se está atendiendo a alguna embarazada o puérpera, o de un instrumento de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) cuando se atiende a un niño o niña menor de cinco años.
- **Cuaderno para menores de 5 años (SIGSA 5 A modificado).** Contiene la información sobre inmunizaciones, micronutrientes y desparasitantes entregados, así como información del peso de los niños y niñas menores de 5 años.
- **Cuaderno para mujeres en edad fértil (SIGSA 5 B modificado).** Contiene la información sobre vacunación y suplementos entregados a las mujeres de 15 a 49 años.
- **Hoja de otros servicios.** Contiene información de servicios varios como hipodermias, curaciones, papanicolau (toma de muestra y entrega de resultados).
- **Hojas e instrumentos de referencia.** Existen formatos para realizar referencias a otro nivel de atención, así como un instrumento específico (visual) para hacer referencias a terapeutas maya-populares.
- **Otros registros y consolidados.** Se anota la detección, seguimiento y evolución

de casos especiales, niños y niñas con desnutrición y personas con enfermedad crónica.

B. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)

La familia es un espacio estratégico pues es aquí en donde se realizan las principales acciones de atención en salud (autoatención), y en 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.

De esta cuenta, 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, curativas y de rehabilitación, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos que tienen las familias sobre la salud.

El PFAS aporta a la integralidad del MIS, debido a que tiene un énfasis preventivo, pero también se realizan otras acciones de curación, rehabilitación y promoción de la salud. Además, debido al carácter extramuros y de seguimiento, aporta a la continuidad de la atención de la población.

1. Tácticas operativas del PFAS

Para la ejecución del PFAS se han definido las tácticas operativas que se basan en actividades extramuros en donde el personal realiza visitas a las familias. Estas visitas se describen a continuación.

Resultados esperados del Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)

- Caracterización sociocultural de las unidades familiares.
- Detección de riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan la salud de la familia.
- Identificación de las potencialidades que fortalecen la capacidad de autoatención familiar.
- Identificación de enfermedades padecidas por integrantes de la familia, a quienes se da seguimiento, tratamiento o rehabilitación.
- Desarrollo de una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis y contingencias.
- Promoción de la equidad en las relaciones y recursos, y una mayor participación de los(as) integrantes de la familia.
- Fomento de una participación efectiva de la familia en espacios comunitarios.

Tabla 3
Tácticas operativas del Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)

<p>Visita familiar integral (VFI)</p>	<p>Esta es la actividad central del programa. Cada año, se lleva a cabo una visita familiar integral a cada familia.</p> <p>Las visitas se planifican de acuerdo a si las familias tienen niñas(os) menores de cinco años, mujeres embarazadas, adultos(as) mayores, y otros riesgos seleccionados. La visita familiar consta de tres fases: la preparación, la ejecución y el seguimiento.</p> <p>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 que genera la base de datos del MIS, a partir de la información de las actualizaciones 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.</p> <p>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 53 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.</p> <p>En la fase de seguimiento se establecen los apoyos psicosociales que se darán a la familia, visitas familiares puntuales o de seguimiento (mencionadas en el PIAS), así como otras intervenciones individuales. El análisis de los riesgos frecuentes o relevantes ha permitido también la construcción de estrategias para trabajarse en el nivel comunitario.</p>
--	---

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 papanicolau.
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 hechizo o mal hecho.
Visita familiar para investigación de muerte ocurrida	Se visitan a las familias para investigar las muertes ocurridas. Se registra y analiza cómo sucedió la defunción, cómo la familia explica la muerte (auto-diagnóstico), cuáles fueron los contactos previos de la persona fallecida con los servicios y el análisis final.
Visita familiar para Plan de Emergencia Familiar (PEF)	<p>Se ha normado que para toda embarazada y su familia debe construirse un Plan de Emergencia Familiar (PEF), desde el primer control prenatal que se realice. Se programa una visita familiar para reforzar el PEF cuando la mujer alcanza el noveno mes de embarazo.</p> <p>Los PEF se diseñan para poder responder de forma inmediata en caso se presente una complicación durante el embarazo, parto o puerperio. Estos PEF 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.</p> <p>En el PEF también se identifica a los hombres y mujeres que toman las decisiones en caso de una emergencia materna, y 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.</p>

LECCIONES APRENDIDAS...

La percepción de las visitas familiares

El inicio de una actividad sanitaria diferente como la visita familiar generó desconfianza o molestias por parte de algunas familias, especialmente las amas de casa que sienten interrumpidos sus quehaceres domésticos. Con el paso del tiempo, dichas familias, amas de casa y jefes(as) de familia, dan mucho valor y agradecen el esfuerzo del personal de salud, identificando los beneficios y la importancia de la atención a los distintos miembros de la familia.

La identificación de factores de riesgos y protectores en la unidad doméstica se ha basado en la dispensarización, como forma de evaluar el estado de la salud familiar y definir las intervenciones y seguimiento posteriores. Los riesgos pueden ser individuales, familiares o de medio ambiente, y existe una guía para que el personal detecte estos riesgos a través de la indagación directa o la observación. Algunos de estos riesgos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4
Tipos de riesgos detectados en la Visita Familiar Integral (VIF)

Riesgos individuales	Riesgos familiares	Riesgos de medio ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad crónica con complicaciones • Sospecha de diabetes, hipertensión, epilepsia o tuberculosis sin tratamiento • Enfermedad crónica con tratamiento o sin complicaciones • Mordedura de perro sospechoso de rabia • Muerte en menores de 1 año • Desnutrición aguda leve • Desnutrición aguda moderada o grave • Anomalía congénita • Sin planificación familiar • Embarazo producto de abuso o violación • Hombre que trabaja fuera • Adulto mayor o niño(a) abandonado • Sintomático respiratorio (tos con flema de más de dos semanas) • Discapacidad de cualquier tipo a cualquier edad 	<ul style="list-style-type: none"> • No reconocen signos de peligro en diarreas, IRAS o embarazo (problema de autoatención) • Mala higiene o señales de mal cuidado (problema de autoatención) • Rechazo o limitación al intercambio educacional (problema de autoatención) • Familia desintegrada o sin red de apoyo (problema de autoatención) • Rechazo a la vacunación • Alcoholismo u otra adicción con pocas recaídas y sin problemas familiares • Alcoholismo u otra adicción con recaídas frecuentes y problemas familiares • Alcoholismo u otra adicción en que la familia pide ayuda por problemas graves • Sospecha de violencia o abuso • Se detecta violencia o abuso pero familia no solicita ayuda o no quiere ayuda • Problema grave de violencia o abuso en el que alguien de la familia pide ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin letrina • Con letrina pero alguien no la usa • No siempre hierven el agua • Contaminación del agua • Mala higiene en la preparación de alimentos • Usan plaguicidas • Mala disposición de plaguicidas • Área endémica de malaria o dengue • Área endémica Tracoma (sólo en Boca Costa) • Perro sin vacuna • Convivencia inadecuada con animales • Disposición inadecuada de basura

LECCIONES APRENDIDAS...

El mito del paternalismo en la visita familiar

Los principales argumentos que se dirigen en contra de la visita familiar es que es una actividad que cae en paternalismo, con la cual las familias se acostumbrarán y no asistirán a las casas de salud a vacunar a sus niños (as) o a solicitar otros servicios. La visita familiar forma parte de un programa de carácter preventivo que asegura la cobertura y acceso de dichos servicios a la población en coherencia al cumplimiento del derecho a la salud. En la práctica, dado el acercamiento que se tiene con el personal de salud, se ha generado confianza y una mayor utilización de servicios por parte de las familias.

2. Manuales y guías del PFAS

Para su ejecución, el programa cuenta con varios documentos que el personal utiliza para llevar a cabo las tácticas operativas.

- **Manual integrado de capacitación y consejería.** Este manual integra la normativa y los lineamientos técnicos del PFAS y funciona como una herramienta de consulta para el personal de salud. Incluye información para la consejería que se brinda a las familias durante la visita familiar, con mensajes sencillos y material visual para facilitar la comunicación entre las familias y el personal. Además, se revisan las enfermedades que se manifiestan con mayor frecuencia por sexo y ciclo de vida, los riesgos familiares de autoatención y psicosociales, las enfermedades maya-populares y los riesgos del medio ambiente.
- **Guías de acciones inmediatas y seguimiento.** Estas guías establecen los pasos necesarios para identificar cada uno de los 53 riesgos que pueden detectarse durante la Visita Familiar Integral. Para cada riesgo se encuentran las acciones inmediatas que se deben hacer durante la visita, así como el seguimiento después de la visita.
- **Hojas informativas sobre violencia y alcoholismo en la familia.** Estas son hojas que se entregan a los integrantes de la familia en caso de detectar algún riesgo relacionado con violencia o alcoholismo en la familia. Las hojas contiene información sobre qué es la violencia o qué es el alcoholismo, y cómo detectarla dentro de la familia. Además, brinda información sobre alguna organización cercana a la que se puede acudir para buscar ayuda.
- **Listados de familias a visitar, según riesgos priorizados.** Desde el sistema automatizado de información, mensualmente se generan dos listados de familias. El primero contiene a las familias con niños(as) menores de cinco años, y el segundo a las familias sin niñas(os) menores de cinco años. Ambos listados dan información diferenciada sobre riesgos seleccionados (individuales y de autoatención), inmunizaciones o suplementación incompletas, adultos(as) mayores y el número de veces que ha sido visitada la familia. La revisión de esta información facilita la dispensarización, pues permite tomar decisiones sobre cuáles son las familias que hay que visitar en el mes.

LECCIONES APRENDIDAS...

La renuencia a la vacunación

La renuencia a la vacunación es una conducta frecuente en las comunidades, aunque en la medida que se avanza en el trabajo y se logra una relación de confianza se va minimizando. Una lección aprendida al respecto, es que a menudo la renuencia obedece a creencias religiosas, temores infundados y experiencias concretas en las que las reacciones a la vacuna no se explicaron lo suficiente por parte del personal de salud. Además, existen casos fortuitos en que un evento de muerte se relaciona con la aplicación de un biológico, aún siendo muy poco probable que dicha aplicación haya sido la causa del deceso. Se debe hacer un esfuerzo importante por transmitir toda la información posible a las familias, líderes, autoridades, grupos y organizaciones comunitarias para reducir la renuencia al máximo posible. Comenzar ofertando la vacuna de la poliomielitis, (que por ser vía oral es recibida con menos temor), esperando la posterior aceptación de la vacuna Pentavalente, es una de las formas pertinentes de negociar el logro de los esquemas completos de la vacunación.

3. Instrumentos de registro del PFAS

Los instrumentos más utilizados en el PFAS son los siguientes:

- **Ficha familiar.** Este instrumento se utiliza para orientar y realizar las Visitas Familiares Integrales. Es generado por el sistema automatizado de información y tiene carácter de reporte pues contiene información general sobre los integrantes de la familia (por ciclo de vida), así como riesgos y condiciones de vivienda identificados en la última visita realizada. A la vez, sirve para registrar la información y los riesgos detectados en la nueva visita familiar integral.
- **Instrumento del Plan de Emergencia Familiar (PEF).** Se utiliza un instrumento de PEF para cada mujer embarazada, y se inicia el registro desde el primer control prenatal que se realiza. En este documento se identifica cuál es el servicio de salud de referencia, las personas clave que deben estar convencidas para hacer el traslado, los fondos necesarios, la persona que queda a cargo de la familia mientras la mujer está ausente, quién acompañará a la paciente y el vehículo que se utilizará para el traslado. La información se verifica y actualiza en los controles prenatales mensuales, y durante la visita familiar a la embarazada en noveno mes.
- **Instrumentos para la investigación de muertes.** Existe un instrumento para la investigación de muertes infantiles y de niñas(os) menores de 5 años, un instrumento para la investigación de muertes de personas de 5 años y más. Las investigaciones de las defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) utilizan el formato SIGSA 2 (A, B o C) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y una hoja anexa propia del MIS.

C. Programa Comunitario de Salud (PCOS)

El Programa Comunitario de Salud (PCOS) se basa en el trabajo coordinado y articulado con la comunidad. La comunidad se comprende como 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.

El PCOS tiene como objetivo 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 y prevención.

Este programa se caracteriza por sumarse e incluirse en las organizaciones existentes dentro de las comunidades, y fomentar la participación social. Se trata de brindar apoyos para ampliar las opciones y recursos de la población para mejorar sus condiciones de salud. Además, es en este programa en donde se realizan diversas acciones de articulación con otros modelos de atención y desde donde se promueven gestiones intersectoriales.

Como ya se mencionó, este programa fue el último en estructurarse dentro del MIS. Sin embargo, la relación con la comunidad se ha

dado desde el inicio de la implementación del MIS y ha sido constante a lo largo de todas las fases de trabajo.

Resultados esperados del Programa Comunitario de Salud (PCOS)

- Identificación y comprensión de la estructura organizativa, relaciones y redes de apoyo comunitarias. Se establecen relaciones de apoyo y facilitación, orientadas al fortalecimiento de la capacidad de gestión sanitaria y sociopolítica⁹, y de la fiscalización social.
- Caracterización de la población a partir de los procesos socioculturales, de producción y consumo.
- Análisis periódico de la situación de salud para la identificación de los principales riesgos y perfiles de morbimortalidad sociocultural¹⁰.
- Reconocimiento de los modelos explicativos sobre el perfil de morbimortalidad biomédica y específicas de otros modelos, relacionándolos a los conjuntos socioculturales.
- Vigilancia sociocultural de la salud a partir de los riesgos priorizados en coordinación comunitaria e institucional.
- Desarrollo de una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis y contingencias.
- Apoyo organizativo a la red de terapeutas comunitarios.
- Estrategia de comunicación acorde a prioridades acordadas entre el ámbito institucional, actores y organizaciones comunitarias.

9 Gestión sociopolítica se refiere al proceso enmarcado en la gestión de proyectos como en la incidencia de instituciones estatales, municipales o de otro tipo, dirigidas al trabajo intersectorial y al fortalecimiento de los espacios públicos locales.

10 Los perfiles de morbimortalidad sociocultural incluyen las patologías que forman parte del marco conceptual biomédico y de marcos conceptuales como el maya u otros existentes a nivel local.

LECCIONES APRENDIDAS...

El fortalecimiento del primer nivel de atención como base para el desarrollo comunitario, atención de emergencias y de reconstrucción

Un modelo de intervención en salud como el MIS genera una serie de condiciones que impactan en la posibilidad de gestionar o facilitar proyectos que aportan al desarrollo comunitario. El MIS despliega recursos, infraestructura, personal, diseño organizacional, articulación comunitaria y un sistema de información, que se constituyen en una plataforma adecuada para viabilizar la acción operativa de otro tipo de intervenciones, así como manejar un nivel de detalle de información que posibilita la gestión de otros proyectos. Ejemplo de esto, fueron las múltiples acciones que se implementaron en respuesta a los daños causados por la tormenta Stan, en las que se viabilizaron los apoyos a través de la organización y contactos locales del MIS. La formulación de proyectos de emergencia se respaldó en información precisa generada por el sistema de información automatizado del MIS.

1. Tácticas operativas del PCOS

Las tácticas operativas del programa comunitario se explican a continuación.

Tabla 5
Tácticas operativas del Programa Comunitario de Salud (PCOS)

<p>Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios</p>	<p>Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES). Éstas son las organizaciones comunitarias con las que mayor relación se ha construido. Desde el inicio de la implementación, los COCODES han sido los principales interlocutores para información a la comunidad.</p> <p>Anualmente se programa y realiza, al menos, una reunión con el COCODES de cada comunidad en donde se encuentran las Casas de Salud Comunitaria. En esta reunión se presenta y analiza la sala situacional de salud y el trabajo del MIS, a manera de realizar la fiscalización social.</p> <p>El nivel de participación puede ser variable según el COCODES del que se trate. Sin embargo, es posible afirmar que las relaciones entre el MIS y los COCODES son positivas y muchas de las actividades sanitarias han contado con su colaboración. Entre éstas pueden mencionarse las atenciones interprogramáticas (AIP), toma de muestras y lavados de tanques de agua, actividades de información y educación, referencias y traslados, gestión e implementación de proyectos productivos y de infraestructura, mantenimiento de huertos demostrativos, convocatorias a terapeutas maya-populares, entre otros.</p> <p>Otras organizaciones y actores sociales comunitarios. Existen COCODES (de San Juan Ostuncalco) conformados por representantes de comités locales, por lo que el trabajo en algunas comunidades se ha llevado a través de éstos. También se han llevado acciones conjuntas con comités específicos de agua.</p> <p>Algunos actores locales con los que también se han desarrollado relaciones son los alcaldes auxiliares, principales y líderes religiosos, entre otros.</p>
<p>Intercambio con terapeutas maya-populares y comadronas</p>	<p>El conocimiento y comprensión de otros modelos de salud ha sido un elemento desarrollado a partir del PCOS.</p> <p>Como se mencionó en el apartado sobre la perspectiva de interculturalidad, se realizan encuentros trimestrales y anuales con terapeutas maya-populares. En estas actividades se hace la presentación y discusión de la sala situacional de salud, y se intercambian conocimientos y prácticas de modelos de salud. Estas actividades implican la definición de los temas y la metodología de forma consensuada con los(as) terapeutas, y llevar a cabo una buena convocatoria para la actividad. Se han entregado apoyos (materiales, insumos o equipo) a las(os) terapeutas, según la especialidad y subespecialidad.</p> <p>Las actividades con las comadronas se realizan mensualmente, cumpliendo con un plan temático acordado con ellas. Para fortalecer el trabajo de las comadronas, el MIS también ha logrado hacerles entrega de materiales, insumos y equipo.</p> <p>Para fortalecer las referencias hacia los(as) terapeutas, se han realizado reuniones para la elaboración y validación del instrumento visual. Se están realizando entrevistas y grupos focales para diseñar un instrumento en el que las(os) terapeutas registren los casos que atienden y el tipo de atención que proveen, tomando en cuenta que muchos(as) de ellas(os) son analfabetas.</p>

<p>Fortalecimiento de organizaciones y actores comunitarios de salud</p>	<p>Se ha promovido la organización de las Comisiones y los Planes de Emergencia Comunitaria (COPEC y PEC). Estas comisiones se crean a partir de los COCODES, para fortalecer las redes sociales y comunitarias de promoción y apoyo, responder ante problemas urgentes de salud e impedir las muertes evitables. Una de las funciones de las COPEC es proponer, al COCODES y a los equipos de salud, actividades que fortalezcan las condiciones ante situaciones de emergencia o desastres que afecten a la población.</p> <p>Para la conformación de las COPEC, el MIS desarrolló un Plan de Emergencia Comunitario (PEC) como una herramienta de trabajo y eje integrador. El avance de las COPEC ha sido diferente entre pilotajes y comunidades, dependiendo de su estructura y nivel organizativo.</p> <p>Las COPEC han recibido un botiquín básico y mensualmente se realizan reuniones con ellas, en donde se tratan temas de salud como primeros auxilios, identificación de signos de peligro, traslados y referencias, entre otros. Algunos(as) integrantes han acudido a las Casas de Salud Comunitaria, para realizar prácticas con el personal institucional.</p>
<p>Agua, saneamiento ambiental y zoonosis</p>	<p>Agua potable. Periódicamente se toman muestras de los tanques y acueductos comunitarios, para identificar si hay contaminación del agua, contándose con el apoyo de algunos Distritos de Salud para el procesamiento de las muestras y la entrega de desinfectante. Se coordina con los COCODES o grupos comunitarios para hacer los lavados de tanques y la limpieza perimetral de éstos.</p> <p>Vacunación antirrábica. Se programan actividades bimensuales, para vacunar a perros y gatos contra esta enfermedad zoonótica.</p> <p>Acciones preventivas sobre riesgos familiares priorizados. A partir del análisis de riesgos detectados en las visitas familiares, se observó que uno de los principales problemas en Boca Costa Sololá fue el manejo inadecuado de basura, mientras que en San Juan Ostuncalco se observó un manejo inadecuado de plaguicidas. En cada pilotaje se ha definido una estrategia específica; en San Juan Ostuncalco se trabaja con la cooperativa de productores de papa el tema de plaguicidas, mientras que en la Boca Costa Sololá existe un programa de clasificación y tratamiento de la basura en comunidades seleccionadas.</p>
<p>Huertos demostrativos de plantas medicinales</p>	<p>En cada Casa de Salud Comunitaria se cuenta con un huerto demostrativo. Estos huertos facilitan la oferta de tratamientos naturales durante las consultas, y han permitido conocer cuáles son las plantas que ya existen o pueden cultivarse en las comunidades.</p> <p>Los huertos también han sido valiosos para el intercambio con terapeutas maya-populares y comadronas sobre el uso y preparación de las plantas. También se ha logrado compartir semillas para que estos terapeutas puedan cultivarlos en su casa y tener mayor acceso a las plantas.</p>

<p>Atenciones interprogramáticas en comunidades de difícil acceso</p>	<p>Las AIP tienen el objetivo de acercar la atención integral a las comunidades de difícil acceso, habiéndose identificado seis de éstas en la Boca Costa y tres en San Juan Ostuncalco.</p> <p>Se realiza una AIP cada mes, haciendo rotación en las comunidades, y requiere de una programación, convocatoria y preparación logística previa. En cada AIP participan todos los equipos de trabajo.</p> <p>La AIP puede incluir: atención clínica a demanda, controles preventivos (recién nacidos, puérperas, embarazadas, menores de cinco años), búsqueda e inmunización de susceptibles, seguimiento a casos especiales, atención integral a hombres y personas adultas mayores y visitas familiares.</p>
<p>Apoyo a gestión y trabajo intersectorial</p>	<p>Se ha apoyado la gestión de proyectos para infraestructura sanitaria (redes de agua y letrinización), proyectos productivos, infraestructura y vías de acceso de las comunidades.</p> <p>En el pilotaje de Boca Costa se han llevado a cabo proyectos productivos como la crianza de cerdos, gallinas y pollos, cultivo de café y tomate. Para el pilotaje de San Juan Ostuncalco vale mencionar los proyectos de emergencia y reconstrucción por la tormenta Stan, con los cuales se logró la construcción y mejora de infraestructura y vías de acceso.</p> <p>La gestión de proyectos ha incluido la relación con entidades gubernamentales como el MSPAS, la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), el Fondo para la Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ) y autoridades municipales. También se ha trabajado con organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional como ASECSA, INTERVIDA, OXFAM, AECE y ECHO.</p>
<p>Estrategia de comunicación e información en salud y trabajo con grupos</p>	<p>Se cuenta con material visual para las Casas de Salud Comunitaria para promover la atención de mujeres no embarazadas, hombres, adolescentes, adultas(os) mayores. El material también presenta la estrategia de la CSC amiga de terapeutas maya-populares y comadronas.</p> <p>Para la consejería se cuentan con láminas y rotafolios. Además, se han definido y preparado otros temas para ser trabajados en las consultas, en las visitas familiares y con grupos de mujeres, hombres, escolares, adolescentes o adultos(as) mayores. En estos temas se incluyen, entre otros: derecho a la salud, participación de los hombres en la autoatención y cuidado de niños(as), papanicolau y planificación familiar.</p> <p>En ambos pilotajes se cuenta con tiempo de aire en radios locales, para la transmisión de programas y cuñas radiales sobre temas de salud.</p>

LECCIONES APRENDIDAS...

La intersectorialidad en el primer nivel de atención en salud

La intersectorialidad es una de las formas de modificar las condicionantes de la salud y, por ello, es parte sustancial de la promoción de la salud. No obstante, cuando se hace referencia al primer nivel de atención, es importante diferenciar los roles de cada uno de los equipos que lo integran. La gestión y el desarrollo administrativo de una acción intersectorial que impacte de manera importante en las condicionantes de vida de las comunidades, es función del equipo de conducción –ECON– y, en el caso de los pilotajes, de las direcciones de las contrapartes y de la coordinación del EAPAS respectivo. Esta acción intersectorial conlleva gestión de fondos, coordinación interinstitucional con organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como una coordinación estrecha con los actores comunitarios. El EAPAS y los ECOS tienen funciones de educación, traslado de información y apoyos técnicos puntuales al trámite de proyectos o gestiones realizadas por los COCODES. También pueden apoyar en el desarrollo operativo de una acción intersectorial, dado el conocimiento que tienen de la dinámica comunitaria. Lo que no sería adecuado es considerar que un equipo local de salud sea el responsable de desarrollar a plenitud toda la acción intersectorial, pues se requiere para ello del apoyo gerencial de los niveles administrativos superiores.

2. *Registro de las actividades comunitarias*

Para el registro de las actividades del PCOS se cuentan con formatos para realizar informes sobre las reuniones con terapeutas maya-populares y comadronas, así como de las atenciones interprogramáticas. Se elaboran informes para las reuniones con grupos comunitarios y el registro de los resultados y

acuerdos, además de quedar anotados en los libros de actas de los comités o grupos comunitarios.

Habiendo revisado las tácticas operativas y actividades los programas individual, familiar y comunitario, la Figura 5 muestra cómo éstas se relacionan con los tipos de atención y enfoques epidemiológicos para aportar a la integralidad del Modelo.

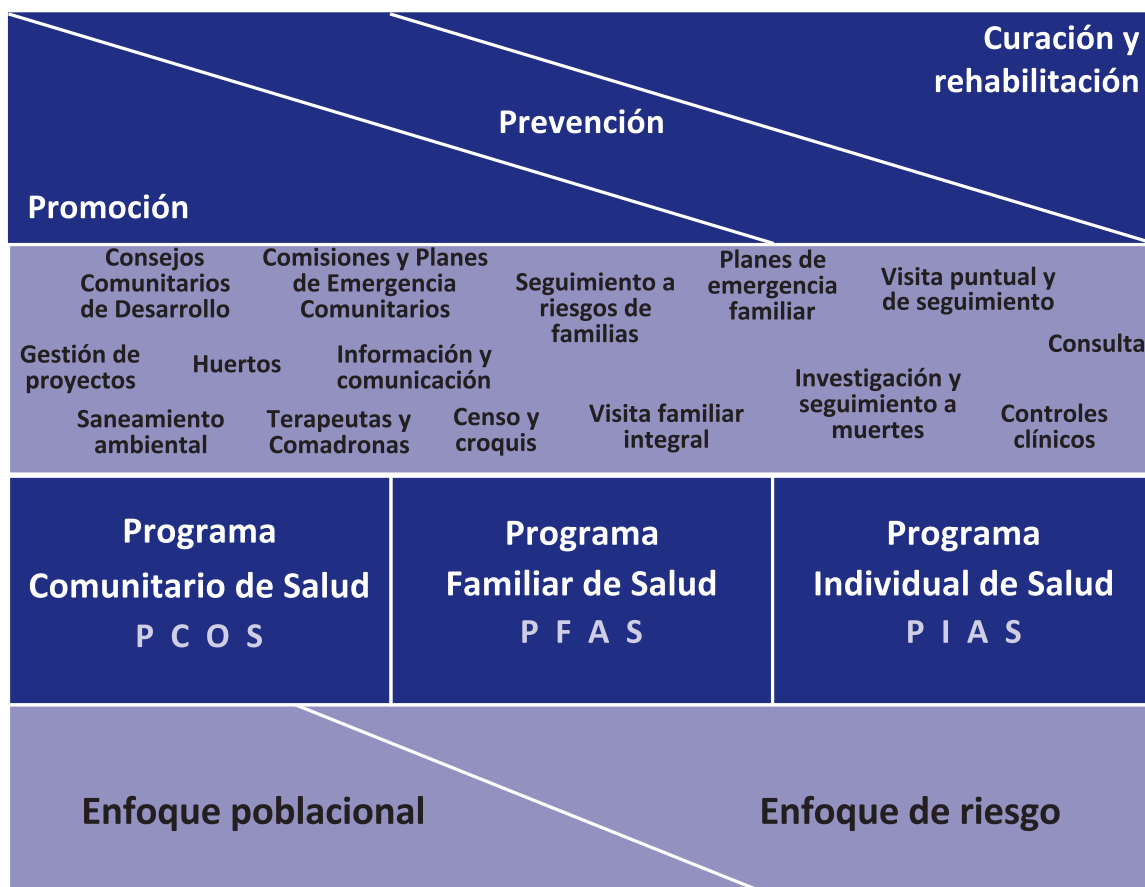


Figura 5
Integralidad de la atención en el diseño programático del Modelo Incluyente en Salud, según tipos de atención, intervenciones y enfoques epidemiológicos

LECCIONES APRENDIDAS...

Las tensiones con la atención integral

En la ejecución de los programas del MIS se corre el peligro de perder la integralidad de las acciones dado que compite con los siguientes aspectos:

- El enfoque centrado sólo en lo materno infantil.
- El enfoque focalizado sobre aspectos puntuales como provisión de micronutrientes o toma de peso.
- El énfasis curativo versus el preventivo y el promocional.
- La atención a la persona versus las familias y acciones comunitarias.

Una de las principales razones es que el(a) trabajador(a) prefiere realizar acciones donde percibe de manera tangible el producto de su trabajo y en las cuales el beneficio es sentido inmediatamente por las personas. Las acciones integrales conllevan actividades de prevención y de promoción a nivel familiar y comunitario, que no son fácilmente percibidas como beneficio por arte de la población, ni como un producto concreto por el trabajador de la salud.

LECCIONES APRENDIDAS...

Importancia de la dimensión religiosa

Una de las dimensiones más importantes del ámbito comunitario es la religiosa. La religión está vinculada a diversos aspectos que influyen en la atención en salud, como los siguientes:

- Las religiones resultan ser uno de los mayores recursos y fortalezas de las personas, familias y grupos para enfrentar con éxito las diferentes situaciones de la vida.
- Las concepciones religiosas tienen una estrecha relación con la salud, ya que plantean significados diferentes respecto a la naturaleza espiritual de la salud, las enfermedades y la muerte. Más allá de cualquier acción sanitaria, la concepción religiosa o espiritual del proceso salud enfermedad-atención que tenga la persona y su familia, modula la forma de enfrentar la experiencia de enfermar o morir.
- Los grupos religiosos generan creencias sobre lo adecuado o no de alguna atención en salud específica, lo que repercute muchas veces en lograr coberturas o en la posibilidad de accionar ante un posible evento de muerte.
- La autoridad religiosa local, independientemente de qué adscripción tenga, resulta ser uno de los pasos importantes dentro del camino del enfermo (recorrido en búsqueda de atención de una persona enferma). Existen autoridades religiosas que son terapeutas de la salud y que en ocasiones van más allá de la asistencia espiritual y cuidados básicos del enfermo, alcanzando a realizar medidas terapéuticas específicas que pueden afectar de manera importante el desenlace de un episodio de enfermedad.
- La combinación de la dimensión religiosa con la socioeconómica, resulta en diferentes formas de enfrentar la salud, enfermedad y muerte por parte de las personas y familias. Es decir, a mayor nivel socioeconómico la adscripción a una religión o grupo religioso influye menos en la búsqueda de la atención, identificándose una mayor apertura a las medidas de salud pública.
- Las concepciones religiosas también afectan la posibilidad de desarrollar acciones interculturales y de género en el campo de la salud. La posibilidad de aceptar otros modelos de atención como los provenientes de matrices maya-populares o de generar relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, frecuentemente se ven limitadas por las creencias religiosas de las comunidades y trabajadores (as) de la salud.
- Trabajar con representantes o líderes religiosos en el plano comunitario es de suma importancia para poder transmitir y negociar la importancia de ciertas medidas sanitarias que pueden ser esenciales para la prevención, promoción, rehabilitación y curación de las personas, familias y comunidades.

III. Estructura y organización del Modelo Incluyente en Salud: articulando los ámbitos institucionales y comunitarios

El funcionamiento del Modelo Incluyente en Salud (MIS) requiere de la articulación del ámbito institucional y el ámbito comunitario en los procesos de planificación, organización, dirección, control y personal. Sin embargo es necesario aclarar que cada ámbito tiene una naturaleza diferente que debe ser valorada. Mientras que es posible normar y regular el ámbito institucional, el ámbito comunitario se basa en la construcción de acuerdos según sus intereses y las relaciones de confianza construidas.

La información que sigue sobre los ámbitos institucional y comunitario permite entender cómo se lleva a la práctica el MIS.

A. Organización y funcionamiento institucional del Modelo Incluyente en Salud

La organización institucional del MIS parte de un diseño de bajo grado de complejidad, el polifuncionalismo y el trabajo en equipo. Para el ordenamiento del ámbito institucional del MIS, el área y la población de trabajo (los pilotajes) se dividen y organizan en *sectores* (ver Figura 6). En cada uno de los sectores se encuentra una Casa de Salud Comunitaria (CSC) que funciona como centro de trabajo y clínica sectorial, y en donde se atiende a la población de un número variable de comunidades.

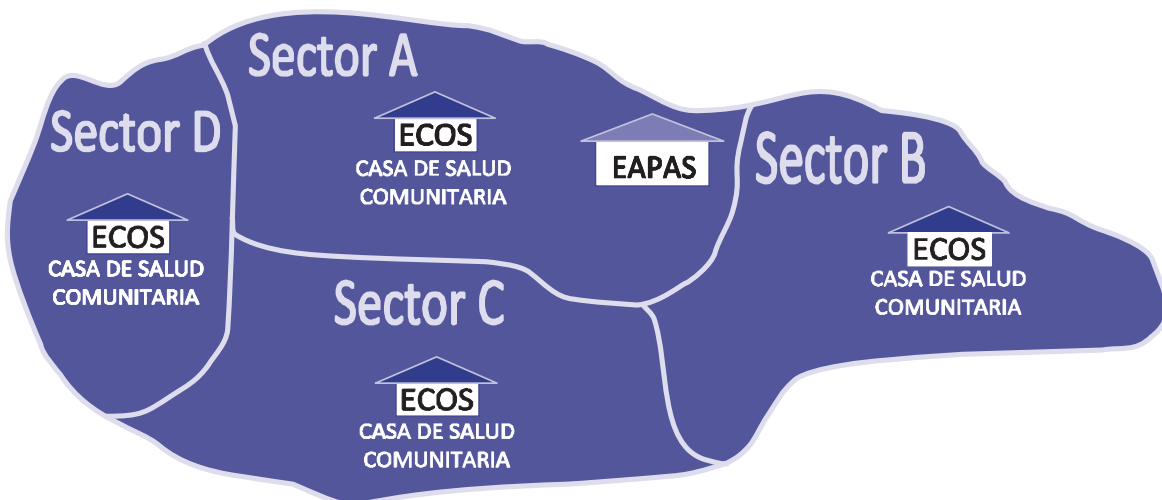


Figura 6
Ordenamiento de la población y territorio por sectores

1. *Los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS)*

Cada sector cuenta con un Equipo Comunitario de Salud (ECOS) integrado por dos a cuatro Agentes de Salud Comunitarios (ASC) / Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC)¹¹ de ambos sexos, provenientes de las mismas comunidades o región y con dominio del idioma local. Los ECOS pueden ser considerados como el nivel operativo del MIS, ya que los(as) ASC son los(as) responsables directos de la atención; éstos son personal asalariado a tiempo completo y con todas las prestaciones de ley.

Cada ASC trabaja con las familias y grupos de comunidades asignadas, pero la polifuncionalidad en los ECOS consiste en que cada uno de los(as) integrantes realiza las actividades de los programas individual, familiar y comunitario. Por ejemplo, y como puede verse en la Tabla 4, en una semana un(a) ASC se dedica a realizar actividades del PIAS, mientras las(os) ASC restantes llevan a cabo acciones del PFAS o PCOS; en las semanas siguientes se realiza una rotación de las actividades de programas entre los(as) ASC.

Tabla 6
Rotación polifuncional de los(as) Agentes de Salud Comunitaria

Actividades semanales por ASC		ASC	ASC	ASC
Equipo Comunitario de Salud (ECOS)	Semana 1	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Visitas familiares y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia de la salud
	Semana 2	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia de la salud	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Visitas familiares y vigilancia de la salud
	Semana 3	Visitas familiares y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia de la salud	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud
	Semana 4	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Visitas familiares y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia de la salud

11 Los(as) Agentes de Salud Comunitaria (ASC) son personas seleccionadas de las comunidades locales. Han pasado por un proceso que incluye una etapa inicial de formación intensiva, formación permanente y supervisión formativa en los servicios. Los(as) ASC dedican dos días cada mes para el proceso de formación permanente que está a cargo del Equipo de apoyo (EAPAS). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha certificado a los(as) Agentes de Salud Comunitaria como Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC).

Además del trabajo de los programas, subprogramas y vigilancia de la salud, también se rotan otras actividades como la coordinación del ECOS, requisición de medicamentos, insumos o equipo, y las de limpieza y ordenamiento de la Casa de Salud Comunitaria.

La polifuncionalidad ha sido fundamental para garantizar que la atención sea permanente y continua. También mejora el conocimiento de los(as) ASC sobre las condiciones de vida y salud de la población, y con esto se definen acciones más integrales y adecuadas al contexto. La rotación de las actividades motiva el trabajo en equipo,

equilibra las cargas laborales de las(os) ASC y facilita que se supla cualquier ausencia en el trabajo.

Cada ECOS puede tener un número diferente de Agentes de Salud Comunitaria, dependiendo de diversos criterios que definen la carga laboral y que se encuentran en la Tabla 7.

Es en base a estos criterios se define cuántos ASC deben integrar un ECOS, y se ha intentado que en cada uno de éstos haya al menos una mujer cuando hay mayoría de hombres, o al menos un hombre cuando hay mayoría de mujeres.

Tabla 7
Criterios y componentes para la carga laboral

Criterios	Componentes
Número y distribución de la población	Cantidad de habitantes y familias, dispersión o concentración de las viviendas, aldeas 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.

LECCIONES APRENDIDAS...

La carga laboral

Se debe hacer un esfuerzo constante para mantener la carga laboral de los(as) trabajadores(as) en un margen adecuado. En un modelo de atención de carácter integral y horizontal, basado en el trabajo en equipo, no es pertinente incorporar acciones verticales o desintegradas pues significan cargas laborales puntuales que debilitan la dinámica laboral lograda.

LECCIONES APRENDIDAS...

La combinación de polifuncionalismo y trabajo en equipo

Haber diseñado perfiles de desempeño de los(as) ASC polifuncionales y normado el trabajo de equipo, ha sido uno de los grandes aciertos del MIS. Algunas de las ventajas registradas son las siguientes:

- Al realizar rotaciones en los diferentes programas, el(la) ASC conoce de manera importante el entorno personal, familiar y comunitario de la población.
- 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 de las casas de salud comunitaria.
- El trabajo en equipo brinda la posibilidad de cubrir cualquier ausencia del personal y de desarrollar estrategias de apoyo entre sectores, al tener todos y todas la experiencia en las diferentes actividades de gestión y de atención.

Una desventaja identificada fue que no todas las personas tienen la facilidad de realizar todo tipo de tareas, y por consiguiente se tienen preferencias de acuerdo a debilidades o fortalezas, la cual se intentó solventar mediante acciones de fortalecimiento del desempeño individual. En el MIS se ha mantenido el polifuncionalismo, ya que el trabajo especializado y la división de tareas a nivel de los equipos comunitarios afectarían el trabajo cotidiano ante contingencias menores, así como la capacidad de reacción ante cualquier emergencia o situación especial en las comunidades.

2. *El Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)*

Para cada cuatro a seis Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), se cuenta con un Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) que asume el nivel de gestión. Al igual que los ECOS, el EAPAS tiene una conformación mixta de hombres y mujeres, y la mayoría de sus

integrantes habla el idioma local. Este personal también es asalariado para tiempo completo y cuenta con una sede u oficina de trabajo.

El número de integrantes de un EAPAS puede variar según el número de ECOS y sectores que deben apoyarse. La siguiente tabla muestra cómo se conforma el EAPAS y cuáles son las funciones que cumple.

Tabla 8
Conformación y funciones del Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)

<p>Conformación del EAPAS</p>	<p>Coordinador(a). Responsable de la coordinación técnica y administrativa de la población sectorizada (pilotaje).</p> <p>Médico(a). Responsable del PIAS, atiende referencias y consultas de los ECOS, y es responsable de un sector.</p> <p>Enfermero(a) graduado(a). Trabaja en el PIAS, atiende referencias y consultas de los ECOS, y es responsable de un sector.</p> <p>Animador(a) comunitario(a). Responsable del PCOS, acompaña el trabajo de los ECOS con las organizaciones comunitarias y actividades de agua y saneamiento. También es responsable de un sector.</p> <p>Animador(a) familiar. Responsable del PFAS, apoya el trabajo de visitas familiares y seguimiento a casos psicosociales, y es responsable de un sector.</p> <p>Asistentes de información (1 ó 2). Se encargan de la digitación de la información en el sistema automatizado, generan reportes y apoyan el análisis de la información.</p> <p>Contador(a) logista. Brinda el apoyo administrativo y contable para el EAPAS, los ECOS, el equipamiento, mantenimiento e insumos de las Casas de Salud Comunitaria.</p>
<p>Funciones del EAPAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables de programas • Responsables de sector • Supervisión y monitoreo • Vigilancia sociocultural de la salud • Formación permanente

El(la) médico(a), enfermero(a) graduado(a), animador(a) comunitario(a) y animador(a) familiar cumplen con funciones de un programa específico (PIAS, PFAS o PCOS), pero cada uno(a) es también responsable de sector.

Para explicar el trabajo por programa podemos mencionar como ejemplo a el(la) médico(a), quien tiene a su cargo el PIAS por lo que debe realizar actividades para apoyar la consulta clínica que dan los(as) Agentes de Salud Comunitaria (ASC), prestar atención a las personas con enfermedad crónica y embarazadas en noveno mes, dar formación integral a las(os) ASC sobre atención clínica, supervisar a las(os) ASC por tipo de consulta y hacer revisión de fichas clínicas.

Ahora bien, el(la) médico(a) también es responsable de un sector asignado, por lo que debe llevar a cabo actividades diversas como: análisis, planificación y rotación mensual de los(as) ASC a su cargo, verificar el registro y seguimiento de casos especiales, acompañar la planificación de las visitas familiares del sector, verificar los Planes de Emergencia Familiar, dar seguimiento junto con el(la) animador(a) familiar a los casos psicosociales, apoyar diferentes reuniones comunitarias, dar seguimiento al huerto de la Casa de Salud Comuni-

taria, analizar y discutir la sala situacional del sector, asegurar cadena de frío, revisar calidad del registro de la información, así como analizar y presentar la información de su sector en reuniones de vigilancia semanal y mensual, entre otros.

Las funciones como responsables de sector elevan la integralidad en este equipo de apoyo, pues obliga a que las(os) integrantes cumplan con actividades de gestión, vigilancia de la salud, y den seguimiento al trabajo de todos los programas y subprogramas.

El EAPAS es un elemento clave del MIS, pues es el responsable de realizar las funciones principales de supervisión y monitoreo, formación permanente y vigilancia de la salud junto con los ECOS. El EAPAS también está a cargo del trabajo intersectorial de las acciones en salud con los niveles locales de entidades públicas, autoridades municipales, y otras organizaciones de salud o desarrollo.

El trabajo conjunto de los ECOS (como nivel de ejecución) y el EAPAS (como nivel de gestión) garantiza decisiones e intervenciones oportunas, integrales y de alta calidad. La Figura 7 muestra un esquema genérico de la organización del personal local e institucional del MIS.

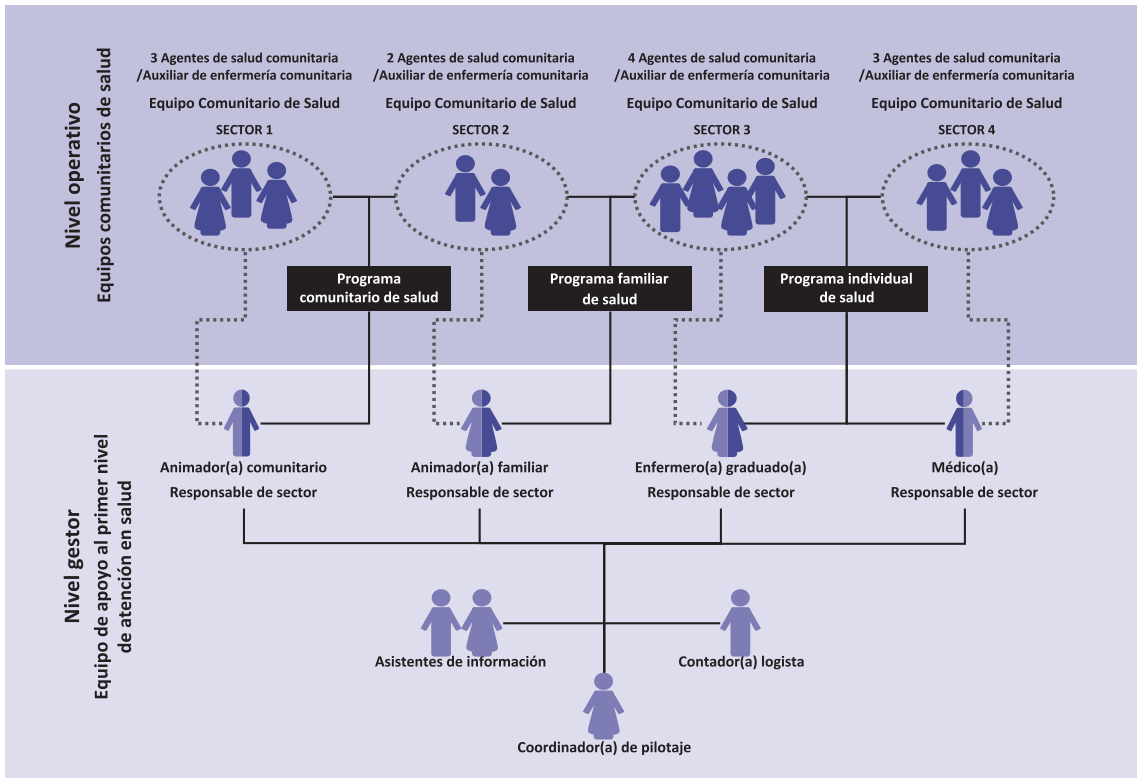


Figura 7
Personal del Modelo Inuyente en Salud, por equipos de trabajo y niveles funcionales

3. El Equipo de Conducción (ECON)

Para el proceso de implementación, los proyectos piloto han contado con un Equipo de Conducción (ECON) que se encuentra ubicado en San Lucas, Sacatepéquez, y que ha orientado los procesos técnicos, administrativos y de gestión de los proyectos piloto.

Este nivel conductor no es parte del diseño original del MIS, y ha sido constituido por un equipo pequeño que no ha contado con una estructura definida, pero que ha incluido: un(a) Coordinador(a) de Implementación,

un(a) Coordinador(a) Técnica, un(a) asesor(a) en interculturalidad, un(a) Responsable de Sistema de Información, un(a) Programador(a), la unidad administrativa-financiera y apoyos técnicos puntuales.

Los apoyos técnicos puntuales se han dado según las necesidades identificadas en las diferentes etapas de la implementación del MIS; implican la incorporación temporal de especialistas de diferentes disciplinas a través de consultorías individuales y la conformación de equipos polifuncionales para el trabajo de productos específicos.

LECCIONES APRENDIDAS...

El reconocimiento de las diferentes velocidades y el aprendizaje entre niveles

En la experiencia del MIS la relación de los equipos de trabajo está estructurada en 3 niveles, un equipo de conducción -ECON, un equipo intermedio de apoyo -EAPAS- y un equipo comunitario -ECOS-. Cada uno de estos equipos tiene sus funciones establecidas y su aporte al desarrollo del MIS ha sido complementario. Para darse de esta manera fue necesario identificar y reconocer lo siguiente:

- En el proceso de implementación del MIS cada uno de los niveles tiene diferentes velocidades para el desarrollo de la experiencia práctica. Los ECOS constituyen el nivel más rápido de aprendizaje y acomodamiento del MIS al contexto local; el EAPAS posee la velocidad intermedia de reacción para el ajuste táctico del MIS; y el ECON, desarrolla un aprendizaje más lento y pausado, manteniendo la perspectiva estratégica de los cambios.
- Cada uno de los niveles genera un conocimiento y aprendizaje diferente. Dependiendo del nivel donde se esté, el aprendizaje es complementario y la orientación final del MIS parte de la integración de todos ellos en su conducción.

La articulación e integración de velocidades y aprendizajes es la clave para ir ajustando y adaptando el MIS al contexto local, sin perder los principios y orientaciones básicas del mismo.

B. Actores y organizaciones comunitarias

Para la implementación del MIS ha sido necesaria la identificación de las organizaciones y actores de las comunidades que existen en cada comunidad y sector. Entre las organizaciones con las que más se ha trabajado en la implementación, se pueden mencionar las siguientes:

- Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) y otros comités comunitarios
- Escuelas de educación primaria y secundaria (maestras(os) y estudiantes)
- Cooperativas y organizaciones agrícolas
- Iglesias

- Principales y líderes locales
- Los(as) terapeutas maya-populares y comadronas
- Promotores de salud

Desde el ámbito institucional se ha promovido la creación y formación de las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC), descritas en el apartado del Programa Comunitario de Salud.

Se destaca nuevamente que, por su naturaleza, la organización del ámbito comunitario no debe ser de carácter normativo; no se puede pretender, de parte de las instituciones, que las comunidades se ajusten a una modalidad

organizativa diseñada desde fuera. El MIS depende en gran medida del nivel de desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones existentes, y de la posibilidad del surgimiento de nuevas estructuras de acuerdo a las necesida-

des y labores sanitarias definidas en conjunto con la población. Es de esta manera en que se configura la organización del primer nivel de atención, en el Modelo Inuyente en Salud (ver Figura 8).

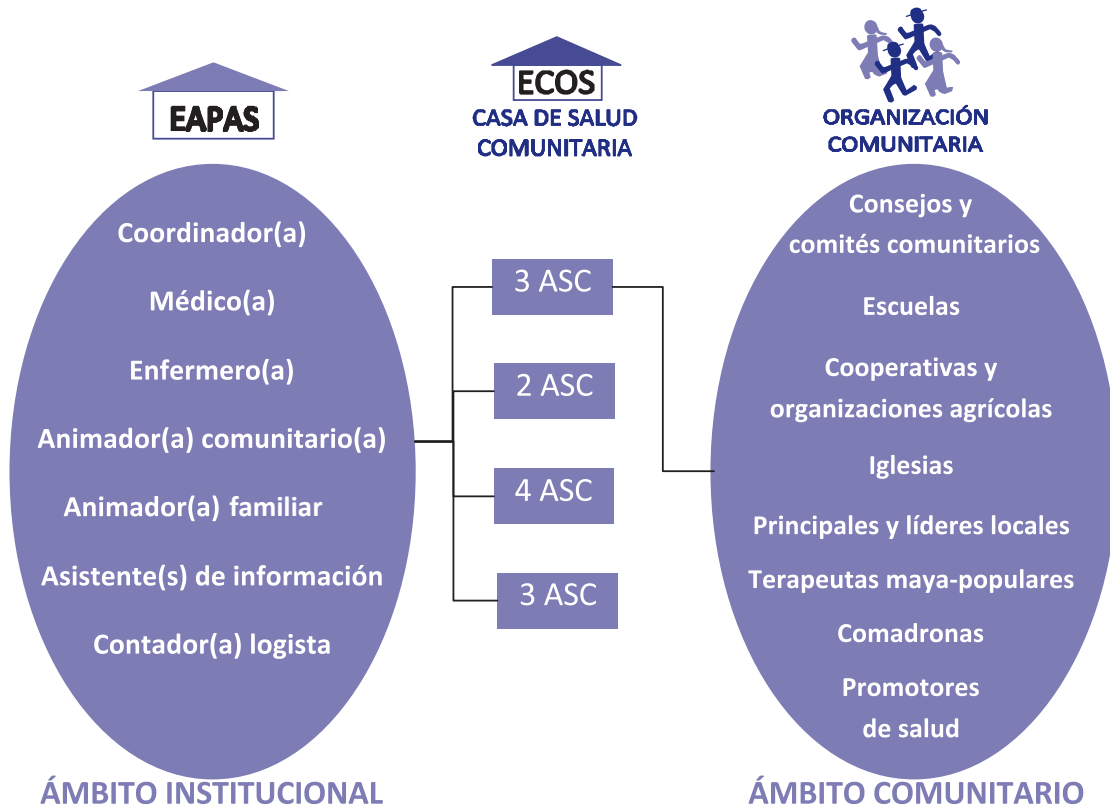


Figura 8
Organización del primer nivel de atención

LECCIONES APRENDIDAS...

Diferenciar los tiempos institucionales y comunitarios

Frecuentemente, desde el ámbito institucional se decide realizar actividades con límites de tiempo y metodologías que no contemplan de manera suficiente el trabajo de inducción comunitaria. Ello conlleva a forzar las acciones y presionar a las personas a recibir una atención que quizás no desean o bien sin que entiendan su razón de ser. Un ejemplo fue la reciente campaña de inmunización con SR en la que se generó una espiral de conflicto que no sólo afectó o limitó el logro de la acción específica, sino que además contribuyó a afectar el trabajo global del primer nivel de atención y hasta la misma seguridad de los y las trabajadoras de la salud. En ocasiones, los avances logrados en la relación con las comunidades pueden retroceder si las comunidades y grupos llegan a sentirse amenazados por las instituciones.

C. El sistema de referencia y contrarreferencia en el Modelo Incluyente en Salud

Para asegurar una mejor capacidad resolutive de la atención en salud, en el MIS se establecen diversas relaciones de referencia y

contrarreferencia que dan continuidad a la atención y permite las transferencias a niveles de mayor complejidad, así como a otros modelos de atención. De manera esquemática, se pueden describir estas relaciones como sigue.

Tabla 9
Sistema de referencia y contrarreferencia del Modelo Incluyente en Salud (MIS)

Referencia horizontal	Se observa la referencia-contrarreferencia entre los programas, como cuando se identifica un problema durante la visita familiar (PFAS) –por ejemplo, una persona enferma– entonces se refiere a la Casa de Salud Comunitaria para una intervención curativa (PIAS).
Referencia vertical	Los(as) ASC pueden realizar referencias o consultas a los integrantes de los EAPAS. En el caso de algún problema clínico, se solicitará apoyo a el(la) médico(a) o enfermero(a); para los casos psicosociales, el apoyo para el seguimiento se pide a el(la) animador(a) familiar.
Referencia entre niveles de atención	Se llevan a cabo referencias hacia centros de salud u hospitales de urgencias o complicaciones médicas. Los(as) ASC dan seguimiento a las personas que hayan sido referidas, cuando éstas retornan a su casa.
Referencia entre modelos de atención	Para la atención prenatal, de parto o puerperio, se llevan a cabo consultas e intercambios con la comadrona que atiende a la mujer. Al presentarse una enfermedad maya-popular probable o sospechosa las(os) ASC hacen las referencias a los terapeutas maya-populares, según su especialidad. Por su parte, los(as) terapeutas maya-populares refieren a las personas que necesitan atención biomédica a las Casas de Salud Comunitaria. No obstante, debido al analfabetismo o bajos niveles de escolaridad, las(os) terapeutas generalmente realizan sus referencias acompañando personalmente a los(as) pacientes.

Todas las referencias y contrarreferencias en consulta son registradas en las fichas clínicas. Para la referencia a otros niveles de atención existe un formato específico, y para las refe-

rencias a las(os) terapeutas maya-populares se cuenta con un instrumento (visual) diseñado en conjunto con ellas(os).

LECCIONES APRENDIDAS...

Diferenciar la dimensión administrativa institucional de la comunitaria

La participación comunitaria debe ser plena en aspectos de auditoría social, la promoción y prevención de la salud, entre otras. Sin embargo, es importante tener claramente diferenciadas las decisiones y conducción administrativa institucional, de la gestión y dinámica comunitaria. Si esta diferenciación no está claro, conlleva confusión y, potencialmente, a atribuir a la comunidad funciones que no le competen. Esto se vuelve relevante al momento de contratar y gestionar personal comunitario. Cualquier situación anómala debe ser enfrentada con base a los reglamentos y normas administrativas de la institución y no con base en las lógicas comunitarias. Es importante informar a los representantes formales e informales de las comunidades las obligaciones que las instituciones tienen para con las comunidades, con la idea de ser adecuadamente fiscalizadas.

IV. El modelo de gestión institucional: procesos relevantes para el funcionamiento del Modelo Inuyente en Salud

Al igual que la organización (descrita en el apartado anterior), existen otros procesos propios del ciclo administrativo como la conducción, planificación y la gestión del personal que son necesarios para poder operativizar el Modelo Inuyente en Salud (MIS). Así también, el funcionamiento del MIS ha sido altamente beneficiado por la vigilancia socio-cultural de la salud que se ha implementado y el sistema de información que ha logrado construir para la atención, pues ayuda a evaluar el desempeño, tomar decisiones y actuar de manera oportuna.

Todos estos componentes fueron considerados desde la elaboración de la propuesta, y a continuación se explica la forma en que se han llevado a la práctica.

A. Conducción

El proceso de conducción del MIS se refiere a la forma en que se dirigen y orientan la planificación, organización y control de las acciones, así como los niveles de decisión en la implementación del MIS. El MIS tiene un estilo de conducción basado en el trabajo de equipos que estimula la creatividad, el compromiso y la resolución conjunta de problemas, partiendo de la asignación de responsabilidades específicas a sus integrantes.

La conducción debe plantearse según los equipos y el tipo de trabajo que realizan (operativo, gestor o conductor).

- **Equipos Comunitarios de Salud (ECOS).** Dentro de los ECOS, uno(a) de los(as) Agen-

tes de Salud Comunitaria asume la coordinación del equipo. Esta coordinación es rotatoria, y se encarga de dirigir y motivar al equipo en las gestiones, actividades y resolución de problemas operativos.

- **Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención (EAPAS).** El EAPAS cuenta con un(a) Coordinador(a) que está a cargo de los aspectos de técnicos y administrativos de la atención en el nivel local, y mantiene una relación estrecha con los(as) integrantes del EAPAS y con los ECOS. Cada integrante del EAPAS, de acuerdo a su puesto, debe cumplir con funciones específicas de programa. Sin embargo, como responsables de sector, el(la) integrante del EAPAS debe hacerse cargo de la conducción de un ECOS y apoyar el funcionamiento regular de la atención en los sectores.
- **Equipo de Conducción (ECON).** El ECON cuenta con una Coordinación de Implementación, una Coordinación Técnica y un(a) Administrador(a) General, y como su nombre lo indica tiene a su cargo la conducción general de la implementación del MIS. Es en este equipo en donde se toman las decisiones de tipo normativo y estratégico, aunque también se apoya a los equipos locales en su funcionamiento operativo y administrativo.

El ECON también ha tenido a su cargo la relación administrativa con las Direcciones de la Clínica Maxeña y la Asociación IDEI, por ser las organizaciones que han tenido a su cargo los pilotajes de Boca Costa Sololá y San Juan Ostuncalco, respectivamente.

- **Conducción y Coordinación Programática (CCP).** La CCP se refiere al espacio que se conforma entre la Coordinación de Implementación, la Coordinación Técnica, la Administración General y las Coordinaciones de EAPAS. Este espacio ha sido fundamental en la transmisión y retroalimentación de los lineamientos del MIS.

Mensualmente se realizan reuniones de CCP para realizar la vigilancia sociocultural de la salud, revisar el desempeño de los equipos locales y los resultados alcanzados, identificar necesidades y problemas, para programar y tomar las decisiones técnicas o administrativas que se requieran. También se realizan otras actividades para hacer ejercicios de análisis de situación de salud, discusiones técnicas puntuales, y para definir mejoras en los programas y sus tácticas operativas, el sistema de información y otros procesos.

Las decisiones tomadas para la conducción del MIS se basan en el análisis del desempeño de los sectores y del POA. Los procesos de retroalimentación por parte de los equipos locales permiten identificar vacíos en el nivel operativo y fortalecer la aplicación del diseño programático, las tácticas operativas, las normas y guías de atención.

B. 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.

En la implementación del MIS, es posible observar cuatro tipos de planificación en las que

participan de forma diferenciada los equipos de trabajo y personal (ECON, EAPAS y ECOS):

- **Planificación normativa.** Se entiende como la planificación que traza las grandes orientaciones de largo plazo, y que compromete los valores e ideología del MIS, concretados a partir de las perspectivas. Se observa en el diseño y objetivos de los programas, las normas y los manuales establecidos para la atención, así como para aspectos administrativos y de gestión. Este tipo de planificación ha estado a cargo del Equipo de Conducción (ECON), contado con la retroalimentación de los EAPAS y ECOS.
- **Planificación estratégica.** Se refiere a las prioridades y alternativas de acción, generadas a partir de la reflexión estratégica, análisis del desempeño, la vigilancia sociocultural de la salud y los logros sanitarios de los pilotajes. Se expresa en marcos lógicos de los proyectos gestionados que tienen una vigencia de tres a cinco años. Esta planificación está conducida por el Equipo de Conducción (ECON) y la participación de las(os) Coordinadoras(es) de EAPAS.
- **Planificación táctica.** Esta planificación se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y los recursos del MIS, y se concreta en los tres programas de atención. La planificación de este tipo puede verse en las tácticas operativas de los programas, los lineamientos y los planes operativos anuales. En estas decisiones participan el Equipo de Conducción (ECON), los(as) integrantes de los EAPAS y de los ECOS.
- **Planificación operativa.** Con esta planificación se fijan los objetivos para la puesta en marcha de los programas del MIS. 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 EAPAS y los ECOS, y se traduce en los planes opera-

tivos mensuales y decisiones semanales de los equipos.

Para llevar a cabo la planificación del MIS se realizan actividades concretas, incluyéndose las que se mencionan en la tabla siguiente.

Tabla 10
Actividades de planificación en la implementación del Modelo Incluirte en Salud

<p>Definición proyectos y marcos lógicos</p>	<p>Para lograr la implementación del MIS (2003-2008) y su extensión (2008-2011), el ECON ha elaborado proyectos que han requerido un proceso de planificación estratégica que logra plasmarse en el presupuesto y los marcos lógicos.</p> <p>Estos marcos lógicos se realizan tomando en cuenta las condiciones y recursos, y en ellos se expresan los objetivos generales y específicos, los resultados esperados, indicadores, productos y plazos generales.</p>
<p>Plan operativo anual (POA)</p>	<p>Los planes operativos anuales se han realizado al iniciar cada año, tomando como base la evaluación del desempeño y los resultados del año anterior, así como el marco lógico del proyecto. Se elabora un solo POA para todos los equipos, 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.</p> <p>El POA se elabora cada enero, para lo cual el ECON genera un anteproyecto que se discute en un taller con los EAPAS, y de donde se obtiene el POA final que incluye la atención que brinda el modelo y los elementos administrativos-contables.</p>
<p>Programación mensual</p>	<p>En los primeros diez días hábiles de cada mes, el ECON envía un memo a cada proyecto piloto en donde se establecen las prioridades del mes siguiente, así como las fechas en que se realizarán actividades que requieren de la participación conjunta de EAPAS, ECOS y ECON. Estas prioridades y actividades se definen en base al POA y su cumplimiento, así como otras actividades emergentes o contingentes.</p> <p>En la última semana de cada mes se realizan reuniones de planificación de cada equipo (EAPAS, ECOS y ECON). La planificación mensual de EAPAS y ECOS toma en cuenta el memo mensual de prioridades, el análisis de indicadores (morbilidad, mortalidad y producción) y el cumplimiento del POA. El administrador general del proyecto también realiza reuniones con los(as) contadores(as) logistas, para establecer las actividades administrativas del mes.</p> <p>En estas planificaciones se establecen las tareas y productos del mes, así como los cronogramas por trabajador(a) y sus actividades diarias.</p>
<p>Reuniones semanales</p>	<p>Como parte de las actividades de vigilancia sociocultural de la salud, cada EAPAS realiza reuniones semanales en donde se toman decisiones de seguimiento y acción sobre muertes ocurridas, enfermedades de notificación obligatoria, casos especiales y otras necesidades del pilotaje, en donde también se definen los responsables (ECOS o EAPAS) y plazos.</p>

Las actividades de planificación requieren de tiempo y esfuerzos para la coordinación entre personas y equipos, pero los beneficios son palpables en la medida que se logra distribuir la carga laboral de acuerdo a plazos, asigna responsabilidades y facilita los procesos de control posteriores (evaluación, supervisión y monitoreo).

C. Gestión del personal institucional

Desde la formulación del MIS, el personal siempre se ha considerado un factor fundamental. La gestión del personal se centra en la idea del trabajo en equipo y la polifuncionalidad enmarcada en un ambiente laboral de confianza y participación grupal. El personal se considera no sólo como funcionarios de salud, sino también se toman en cuenta las intencionalidades, aspiraciones e intereses, sin dejar de lado los conflictos y tensiones que ocurren en cualquier ámbito colectivo.

1. Administración del personal

Uno de los principios para la contratación de los(as) trabajadores(as), en particular del nivel operativo, es que sean personas del nivel local o regional, principalmente porque tienen conocimientos del idioma y la cultural local, se identifican con la población, tienen mayores posibilidades de prestar la atención de forma continua y respetar los horarios de trabajo, y se evitan grandes gastos de traslado.

El personal es remunerado y se le garantizan las prestaciones laborales de ley, vacaciones y seguro social, así como el incremento progresivo de los salarios en relación con su desempeño y la inflación económica. La contratación es anual, con renovaciones al finalizar el período. Una de las características obser-

vadas es la baja rotación del personal operativo; las salidas de las(os) ASC en la implementación han estado vinculadas a aspectos personales como la migración, la formación, y el desempeño en el cumplimiento de sus funciones. La rotación más alta se observa en el puesto de Coordinador(a) de los EAPAS.

Las escalas salariales de los equipos de los pilotajes se encuentran en consonancia con los salarios actuales de los trabajadores presupuestados del renglón 011 del MSPAS, de acuerdo a:

- El salario de referencia para los(as) Agentes de Salud Comunitaria es el de las(os) Auxiliares de Enfermería.
- El salario de referencia para las(os) integrantes del EAPAS-Animador(a) Familiar, Animador(a) Comunitaria y Enfermero(a) Graduado(a)-es el de los(as) Enfermeros(as) Profesionales y los(as) Técnicos(as) de Salud Rural.
- El salario de referencia para los(as) Médicos(as) –responsables del PIAS– es el de los Médicos(as) Ambulatorios(as).
- El salario de referencia para los(as) Asistentes de Información es el de los estadígrafos.

2. Formación y capacitación permanentes

Un aspecto que ha permitido el desempeño satisfactorio del personal es la claridad de las competencias que tiene que poseer, según su puesto y funciones; esto permite que la formación y capacitación se dirijan al fortalecimiento de las competencias para el trabajo polifuncional, interprogramático y bajo las perspectivas del MIS.

Operativamente, la formación y la capacitación se observan en dos ámbitos:

- **Ámbito general (conducción).** Se realiza desde el Equipo de Conducción hacia el personal de los proyectos piloto, y se relaciona con la transferencia de normas o lineamientos, cuando éstos han sufrido modificaciones, adiciones o correcciones derivadas de los procesos de análisis y evaluación de los programas, las tácticas operativas y las perspectivas. Para las actividades de formación se cuentan con reuniones mensuales del Equipo de Conducción con las(os) Coordinadores de cada EAPAS. El Equipo de Conducción también realiza talleres (planificados anualmente) para la formación de los EAPAS y ECOS.
- **Ámbito particular (pilotaje).** Se realiza al interior de los equipos locales (ECOS y EAPAS) y está vinculada a las necesidades

de capacitación identificadas en la evaluación del desempeño.

La capacitación en este ámbito se realiza a través de las modalidades grupal e individual. Para la capacitación grupal se ha normado que dos días al mes estén destinados para este proceso de formación; por lo general, la capacitación o formación está dirigida a los ECOS y a cargo del EAPAS (o especialistas invitados(as)). La capacitación individual se desarrolla en las Casas de Salud Comunitaria a partir de las debilidades encontradas en el desempeño individual de cada ASC, como parte de la supervisión formativa del MIS.

Todas las actividades de formación y capacitación se incorporan en la planificación anual y mensual, así como en planes específicos de formación de los integrantes de los EAPAS y las(os) Agentes de Salud Comunitaria.

LECCIONES APRENDIDAS...

La formación del personal y el seguimiento a su desempeño

La inversión de tiempo y financiamiento en la formación del personal resulta ser clave para el avance del MIS. Los aprendizajes que se desprenden de ello son:

- La formación intensiva inicial de las(os) ASC fue fundamental para su posterior desempeño, pero no suficiente para alcanzar los logros y calidades que hoy se verifican en el campo. Debido a ello, se impulsaron dos procesos en paralelo: el proceso de formación permanente, establecido en la programación anual, basado en las necesidades del personal de acuerdo al seguimiento de su desempeño; y el proceso de supervisión y acompañamiento en el campo, con el cual se ha ido retroalimentando el desempeño de los(as) ASC.
- La formación permanente y las inducciones específicas de trabajo deben ser diseñadas de una forma que establezcan objetivos de aprendizaje y salidas para el trabajo operativo. De otra manera, se convierten en reuniones en la cuales se revisan temas, pero sin implicaciones para el trabajo posterior. Las salidas y compromisos operativos deben ser calendarizados con plazos para ser evaluados, como una forma de aplicación práctica de la formación recibida.
- El proceso de supervisión y acompañamiento conlleva necesariamente establecer compromisos entre el personal que supervisa y la persona supervisada, con seguimiento y productos específicos a cumplir por ambas partes, para la siguiente fecha de supervisión.
- Es necesario que todo profesional que se vincule laboralmente al MIS reciba un proceso de inducción sobre las perspectivas y formas de trabajo, con el fin de garantizar la comprensión del mismo.
- La perspectiva intercultural y de género conlleva un cambio de actitudes, para lo cual, las actividades de formación inicial y permanente no son suficientes. La vivencia práctica en el trabajo, así como los esfuerzos de convivencia para reflexionar y compartir las experiencias personales, resultan vitales para avanzar poco a poco en estas perspectivas.
- Resulta clave desarrollar los procesos de formación permanente en el idioma local para que los trabajadores(as) aprendan con mayor facilidad los contenidos de formación.

D. Los procesos de control: evaluación, supervisión y monitoreo en el MIS

Se identifican al menos tres niveles para los procesos de control en el MIS: desde el Equipo Conductor, desde la Coordinación de EAPAS y del EAPAS hacia los ECOS.

- **Desde el Equipo de Conducción (ECON).** Los procesos de control del ECON están orientados al monitoreo mensual interno y sobre el cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) por parte de los equipos locales (EAPAS y ECOS). Este monitoreo aporta a la definición de las prioridades y actividades a realizar en el mes siguiente. Desde este nivel también se conduce la evaluación anual que incluye revisar el cumplimiento del POA y de las actividades por programa, la evaluación del desempeño por sector y el Análisis de Situación de Salud. Esta evaluación provee insumos necesarios para la programación del año siguiente.
- **Desde la Coordinación del EAPAS.** Los(as) Coordinadores(as) de cada EAPAS llevan a cabo el monitoreo mensual sobre el cumplimiento de la programación del pilotaje en su conjunto, cumplimiento de la programación de las(os) integrantes del EAPAS (como responsables de programas y responsables de sector). También realizan el monitoreo mensual de avances en indicadores de acuerdo a las metas esperadas para el mes y avances en las prioridades definidas por el ECON.
- **Desde el EAPAS a los ECOS, como responsables de sector.** Los(as) integrantes del EAPAS deben monitorear los procesos

que garantizan la adecuada gestión de las Casas de Salud Comunitaria (CSC) para lo cual visitan a los ECOS que tengan a su cargo. Los elementos que monitorean en las CSC son: cadena de frío y disponibilidad de biológicos para la inmunización, manejo de archivos, disponibilidad de instrumentos de registro, normas y guías de atención, disponibilidad de equipo, manejo del balance, requisición y envío de suministros (BRES), mantenimiento de bodega de medicamentos y suministros, adecuación de las CSC según normas de género e interculturalidad, organización y limpieza de las CSC, programación mensual y rotación de actividades.

- **Desde el EAPAS a los ECOS, como responsables de programa.** Las(os) integrantes del EAPAS están a cargo de evaluar el desempeño de los(as) ASC y supervisar el cumplimiento de las normas técnicas de los programas (PIAS, PFAS y PCOS). Esto significa que cada responsable de programa evalúa trimestralmente a cada ASC, para lo cual cuenta con instrumentos específicos de supervisión del PFAS y PIAS. Para evaluar el desempeño de los(as) ASC en el PCOS, se identifica la participación y competencias en diversas actividades (ver Tabla 11).

Las actividades de supervisión permiten examinar el funcionamiento individual de las(os) ASC, y la persona responsable de programa acuerda un plan con el(la) ASC para fortalecer sus competencias y mejorar su desempeño. Por esto se habla de una supervisión facilitante, que también es parte de la formación y capacitación del personal.

Tabla 11
Elementos para la evaluación del desempeño de los(as)
ASC en los programas de atención del Modelo Incluyente en Salud

Programa Individual de Atención en Salud	Programa Familiar de Atención en Salud	Programa Comunitario de Salud
<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de cinco tipos de consulta: recién nacido, embarazada, puérpera, menor de cinco años, mayores de cinco años, de acuerdo a guía unificada de supervisión. Revisión de fichas clínicas de cada ASC para evaluar: la correlación del motivo de consulta, examen físico e impresión clínica y tratamiento; y correlación de la impresión clínica y el tratamiento (cumplimiento de norma). 	<p>Supervisión de la visita familiar integral, sobre 14 competencias y por fase de la visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fase de preparación: revisión de información de visitas familiares anteriores (riesgos y observaciones, revisión de esquemas de vacunación y suplementación de miembros de la familia, preparación de insumos y equipo. Fase de ejecución: saludo, técnica antropométrica, toma de peso, cálculo de la adecuación peso/talla, clasificación de estado nutricional, identificación de riesgos, llenado de los instrumentos de registro, calidad del mensaje del derecho a la salud. Fase de seguimiento: revisión del llenado de la ficha familiar, anotación de seguimientos, envío de las fichas familiares a oficina de EAPAS. 	<p>Supervisión de cada ASC en actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades con terapeutas maya-populares Actividades con COCODES Formación mensual a COPEC Mantenimiento del huerto e identificación (rotulación) de plantas medicinales Toma de muestras de agua y lavado de tanques Actividades de información y comunicación

Otro elemento que posibilita los procesos de control es la rendición de informes. Los(as) Coordinadores de EAPAS entregan informes mensuales al ECON sobre el cumplimiento del POA, avances en indicadores y aspectos relevantes de la vigilancia sociocultural de la salud por comunidad, sector y pilotaje.

Los integrantes de los EAPAS entregan un informe mensual sobre casos especiales e indicadores del sector que tienen a su cargo, así como informes semestrales sobre el cumplimiento de las actividades de sus programas y las supervisiones realizadas a las(os) ASC.

Dentro del ECON, cada integrante elabora y entrega un informe mensual sobre las actividades realizadas y productos alcanzados, de acuerdo a su puesto. Este equipo también es responsable de elaborar los informes de proyecto que deben entregarse a las agencias donantes.

E. La vigilancia sociocultural de la salud

En el MIS se promueve el análisis de información para la toma de decisiones y definición de estrategias oportunas y pertinentes, que aborden y resuelvan los problemas y riesgos de salud.

Como parte de las herramientas se incluye la normativa vigente del Ministerio de Sa-

lud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para la vigilancia de enfermedades transmisibles, los instrumentos básicos del MSPAS para la sala situacional y los formatos para las autopsias verbales de mujeres en edad fértil. Asimismo, en el MIS se han logrado introducir otros elementos propios como las normas y protocolos para la vigilancia de siete enfermedades maya-populares, la hoja para la detección de riesgos en las visitas familiares, así como los instrumentos para la investigación de muertes en menores de 5 años y en población general.

Las actividades de vigilancia sociocultural de la salud se desarrollan según equipos y periodicidad, de la siguiente manera:

Tabla 12
Actividades de vigilancia sociocultural de la salud del Modelo Inuyente en Salud

Actividad	Información y análisis	Periodicidad	Equipo
Vigilancia semanal	Enfermedades de notificación obligatoria, casos de desnutrición, casos especiales y mortalidad.	Semanal	Equipos de apoyo al primer nivel de atención en salud
Análisis de sala situacional	Morbilidad prioritaria, enfermedades maya-populares, mortalidad, riesgos familiares y producción.	Mensual	Equipos Comunitarios de Salud Equipos de apoyo Equipo de Conducción
		Trimestral	Comadronas Terapeutas maya-populares
		Anual	Consejos Comunitarios de Desarrollo
Análisis de situación de salud (ASIS)	Morbilidad, enfermedades maya-populares, mortalidad, riesgos familiares, producción, evaluación de estrategias.	Anual	Coordinadores(as) de EAPAS y Equipo de Conducción

Toda actividad de la vigilancia sociocultural de salud se basa en el análisis de la información y se dirige a definir prioridades, dar seguimiento a acuerdos alcanzados en actividades previas y tomar decisiones para accionar sobre los problemas.

LECCIONES APRENDIDAS...

Retos en la consolidación del Sistema de Vigilancia en Salud Sociocultural

Si bien en el MIS se tiene establecido un proceso de vigilancia en salud sociocultural, las actividades contempladas deben avanzar aún hacia la consolidación de un sistema. Se requieren mayores esfuerzos para fortalecer la aplicación de las normas de vigilancia epidemiológica del MSPAS, especialmente en cuanto a vigilancia activa, rutas de actuación y seguimiento de todo evento de notificación inmediata u obligatoria. Otro reto determinante para la vigilancia sociocultural de la salud, así como para la realización de salas situacionales, será el fortalecimiento de las competencias del personal para analizar información y llegar a acciones concretas.

F. El sistema de información del MIS

El sistema de información es un elemento importante de sostén para todos los procesos de gestión y atención dentro del MIS, en especial para la vigilancia sociocultural de la salud. Cada programa cuenta con instrumentos para el registro manual de datos, de los cuales la mayoría son ingresados a una base de datos que guarda y procesa la información de forma automatizada.

1. Procesamiento automatizado de información

El procesamiento automatizado de la información se inició con los datos recolectados en un primer censo¹² que permitió asignar códigos a las familias y personas¹³. 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 de censo y croquis que se realiza en todas las comunidades.

Los instrumentos de registro son llenados por los ECOS y enviados a los(as) asistentes de información del EAPAS, quienes se encargan de digitar los datos. El programa automatizado 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, así como errores de digitación y registro.

La siguiente tabla muestra los principales instrumentos (ingresos) y reportes (salidas) del programa automatizado de información. Cabe mencionarse que algunos instrumentos funcionan para el reporte y también para el registro, como la ficha familiar, y los Cuadernos de niñas(os) menores de cinco años y mujeres en edad fértil.

12 La información de población se mantiene actualizada con el ingreso de los nacimientos y defunciones ocurridas, la información recolectada durante las visitas familiares y procesos anuales de actualización.

13 El código familiar está basado en la comunidad, zona, número de vivienda (según el croquis) y número de familia. El código individual utiliza el código familiar y un número adicional (orden). Estos códigos permiten ubicar geográficamente a las familias e individuos en los croquis de sector.

Tabla 13
Principales instrumentos y reportes del sistema de información automatizado del Modelo Inuyente en Salud

Instrumentos (ingresos)	Tipos de reportes (salidas)
<ul style="list-style-type: none"> • SIGSA 1 (nacimientos) • SIGSA 2 (defunciones) • Ficha Familiar • Actualización de censo (Listado de jefes y miembros de las familias) • Ficha Clínica • Hoja de otros Servicios • Resultados de papanicolau • Cuaderno de niños(as) menores de cinco años (SIGSA 5A modificado) • Cuaderno de mujeres en edad fértil (SIGSA 5B modificado) • Facturas (compra de insumos y medicamentos) • Envíos de insumos y medicamentos a las CSC (salidas de bodega) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes de población y grupos prioritarios • Características del medio (letrina, agua, perros, etc.) • Ficha familiar • Riesgos familiares detectados • Familias a visitar según riesgos priorizados • Reportes de mortalidad por sexo, edad y lugar • Reportes de morbilidad general, morbilidad prioritaria y de notificación obligatoria por sexo, edad y lugar • Morbilidad maya-popular por sexo, edad y lugar • Consolidados de inmunización y micronutrientes • Citaciones a susceptibles de inmunización • Impresiones de Cuadernos • Reportes para la sala situacional mensual, por comunidad, sector y pilotaje • Indicadores de cobertura y producción del MSPAS • Indicadores de cobertura y producción del MIS • Producción de consultas y visitas familiares • Diagnósticos por subprograma (por ciclo de vida) • Reportes SIGSA del MSPAS • Reportes para la Memoria anual de Vigilancia Epidemiológica del MSPAS • Reportes de balance, requisición y envío de suministros (BRES) • Listado de medicamentos

Los reportes generados desde la base de datos facilitan la vigilancia sociocultural de la salud, permiten conocer cómo está la cobertura y el acceso a los servicios, monitorear los resultados e impacto del MIS en las condiciones de salud, monitorear el desempeño, planificar el trabajo, y tomar decisiones sobre la compra y envío de medicamentos a las Casas de Salud Comunitaria. La información se agrega y procesa según los niveles de trabajo (ECOS, EAPAS y ECON).

LECCIONES APRENDIDAS...

Instrumentos versus calidad humana de la atención

El llenado de instrumentos inevitablemente genera una tensión con la calidad de la atención desde la perspectiva humana. Aún cuando en el MIS los instrumentos son menos numerosos y complejos que los utilizados por el MSPAS, el trabajador de salud frecuentemente centra su atención en el llenado del instrumento, en desmedro de la calidad del intercambio de información y comunicación con la persona a la que atiende o con la familia que visita.

2. *Procesamiento manual de información*

Existen diferentes instrumentos y registro de información que no es ingresada en la base de datos, pero que se procesa y se utiliza para el trabajo cotidiano de los ECOS y el EAPAS, en especial para el seguimiento de casos especiales y análisis de la mortalidad. Entre los instru-

mentos cuya información se procesa de forma manual están:

- Ficha personal de atención del pre y postparto
- Instrumentos de AIEPI (para menor de 2 meses y de 2 meses a cinco años)
- Hoja de referencia
- Consolidado para el seguimiento de niñas(os) desnutridas(os)
- Consolidado de enfermos crónicos con tratamiento
- Consolidado para seguimiento de personas con riesgo alto
- Consolidado de embarazadas, puérperas y recién nacidos
- Investigaciones de muertes
- Planes de emergencia familiar
- Kardex de insumos y medicamentos
- Hoja de demanda real de insumos y medicamentos

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 mensualmente, como parte de la sala situacional del sector.

Los datos e información provenientes de las actividades del Programa Comunitario de Salud no están automatizados. Si bien existe información que conviene mantener de forma manual, existe otra que puede ser automatizada para beneficio del MIS como el directorio de terapeutas maya-populares y comadronas, organizaciones y actores comunitarios, tanques de agua y acueductos, y otras producciones.

LECCIONES APRENDIDAS...

Las bondades de Sistema de Información del MIS

En el MIS se ha logrado construir un Sistema de Información que ha respondido a las necesidades de análisis sanitario y decisiones técnicas impulsadas conforme a las bases del Modelo, y con el que se verifican los siguientes logros o aciertos:

- 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, en el MIS se ha podido 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 al MSPAS se generan de forma automatizada.
- Se ha logrado 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.
- La calidad del dato se considera aceptable ya que se ha invertido tiempo a su monitoreo, verificación y corrección, cuando ésta última lo ha ameritado. En este aspecto nuevamente encontramos una fortaleza en los equipos locales y conocedores de sus poblaciones, quienes tienen la posibilidad inmediata de identificar errores en la información debido al alto conocimiento de su contexto local.

3. *Indicadores del Modelo Inuyente en Salud*

En su interés por insertarse dentro del sistema de información y vigilancia en salud del MSPAS, el MIS ha asumido el monitoreo y análisis de los indicadores para el primer nivel de atención, formulados por la Unidad de Asistencia Técnica (UAT) del Programa de Extensión de Cobertura (PEC mspas) en el año 2005.

Ahora bien, los indicadores de la UAT tienen un énfasis en la producción de servicios dirigidos hacia la población de mujeres en edad fértil,

mujeres embarazadas y niños(as) menores de cinco años. De esta cuenta, para el MIS ha sido necesario construir paulatinamente nuevos indicadores que reflejen y midan el desarrollo de la atención en diversos aspectos como la integralidad, las perspectivas, cobertura de la atención, entre otros. Dado que no se han encontrado indicadores similares y metas de referencia, las metas para los indicadores del MIS se han tenido que establecer a partir de los niveles alcanzados en los pilotajes, en períodos anteriores. Actualmente se monitorean los indicadores UAT y los indicadores propios del MIS, algunos de los cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 14
Indicadores utilizados en el Modelo Incluyente en Salud

Indicadores de la UAT	Indicadores del MIS
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas con primer control • Embarazadas captadas antes de las 12 semanas de gestación • Embarazadas con tres controles • Puérperas con un control en los primeros 40 días • Recién nacidos con un control en los primeros 28 días • MEF con una muestra de papanicolau anual • MEF con resultado de papanicolau entregado • MEF nuevas que utilizan métodos PF por primera vez • MEF que son reabastecidas con métodos PF en el trimestre • Menores de dos años con un control de peso en el trimestre • Menores de dos años con dos controles de peso seguidos en el trimestre • Niños(as) de dos a menores de tres años con un control de peso en el trimestre • MEF con esquema completo de TDA • Cobertura con BCG en menores de un año • Cobertura con OPV en menores de un año • Cobertura con vacuna pentavalente en menores de un año • Cobertura con vacuna SPR en niños(as) de un año • Menores de un año con dos controles • Niños(as) de uno a menor de cinco años con un control • Neumonías en menores de cinco años tratadas con antibiótico • Diarreas en menores de cinco años tratadas con sales de rehidratación oral (SRO) • Menores de un año suplementados con 1ª dosis de vitamina A • Niños(as) de una a menor de cinco años con 2ª dosis de vitamina A • MEF con una o más entregas de suplementos en el trimestre • Menores de un año con entrega de hierro para tres meses • Niños(as) de uno a menores de cinco años con entrega de hierro en el trimestre • Perros vacunados 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas del territorio asignado que han sido atendidos al menos una vez en el año • Consultas a mujeres (de 15 años y más) por motivos no reproductivos • Mujer mayor de 40 años con muestra de papanicolau anual • Embarazadas de noveno mes vistas por médico(a) o enfermera(o) de PIAS • Razón de consultas mujer/varón (10 años y más) • Proporción de consultas a varones (10 años y más) • Hombres de COPEC y COCODES atendidos en consulta integral • Terapeutas maya-populares que recibieron consulta integral • Porcentaje de consultas con impresión clínica de enfermedad maya-popular • Porcentaje de referencias a terapeutas maya-populares • Porcentaje de consultas con tratamiento natural complementario • Comadronas atendidas en consulta integral • Planes de emergencia familiar elaborados • Hombres que participan en PEF convencidos • Familias con Visita Familiar Integral • Familias con menores de cinco años, con Visita Familiar Integral (VFI) • Familias sin menores de cinco años y con personas de 50 años y más, con VFI

LECCIONES APRENDIDAS...

El indicador como orientativo del desempeño

Toda acción sanitaria que no se mide tiende a perderse o a reducir su calidad a lo largo del tiempo. Ello pone en la mesa la discusión respecto a cuántos y cuáles indicadores se deben utilizar y la periodicidad de su revisión. La definición de indicadores y su seguimiento debe ser lo suficientemente orientativa de las acciones y procesos que se pretenden desarrollar, evitando que en aras de lograr una meta se busque sólo la cantidad y no la calidad. Este tema es altamente sensible cuando se desarrolla un modelo diferente como el del MIS. Por ejemplo, en el tema de las referencias a diferentes modelos de atención, el haber colocado indicadores para su cumplimiento, así como haber verificado su seguimiento, se convirtió en un estímulo para que los(as) trabajadores registraran dichas referencias en los instrumentos respectivos y se formalizara el proceso.

V. La implementación del Modelo Incluyente en Salud: los proyectos piloto y la relación con el MSPAS

El Modelo Incluyente en Salud (MIS) se ha puesto en práctica en dos proyectos piloto ubicados en la Boca Costa de Sololá (en los Distritos de Salud de Guineales y Xejuyup) y en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, a partir del proyecto gestionado por el consorcio Medicus Mundi Navarra-CORDAID ante la Unión Europea, con soporte adicional del Gobierno de Navarra. En un inicio, el proyecto de implementación se proyecta para el período 2003-2008, pero se gestiona y obtiene una extensión para seguir funcionando hasta el año 2011.

LECCIONES APRENDIDAS...

Apoyo estratégico de las agencias de cooperación a la incidencia desde la sociedad civil

Haber establecido alianzas de largo plazo con las agencias de cooperación fue fundamental para hacer viable un ciclo de incidencia completo. Este ciclo ha incluido, al menos, cuatro pasos:

- La constitución y desarrollo de la coalición política INS.
- La formulación de la propuesta como política pública.
- La validación de la propuesta en el campo, permanentemente negociada con las autoridades.
- La presentación del MIS validado y su incorporación final como parte de la política pública.

El MIS es el producto de un esfuerzo desde la sociedad civil que ha recibido el apoyo de agencias europeas por más de 8 años.

La implementación ha estado a cargo de organizaciones locales, contando con la dirección del Equipo de Conducción (ECON). La Clínica Maxeña ha manejado el pilotaje de la Boca Costa Sololá, mientras que el pilotaje de San Juan Ostuncalco está actualmente a cargo de la Asociación IDEI. Ambas organizaciones son miembros activos de la Instancia Nacional de Salud.

Las comunidades en donde se decidió operativizar el MIS se caracterizan por no tener cobertura con servicios de primer nivel de atención del MSPAS. Desde el inicio se han mantenido negociaciones con el Nivel Central, los Distritos y las Áreas de Salud del MSPAS, logrando a lo largo del tiempo la apertura y la flexibilidad para validar este modelo como una estrategia institucional para el primer nivel de atención en salud. El trabajo en los pilotajes se ha desarrollado de forma escalonada, de acuerdo a las siguientes fases:

- Inducción y negociación comunitaria permanente
- Selección del Equipo de Apoyo para el Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)
- Selección y formación de las(os) Agentes de Salud Comunitaria
- Construcción de las Casas de Salud Comunitaria
- Censo y línea basal
- Diseño e implementación del Programa Individual de Salud (PIAS)
- Diseño e implementación del Programa Familiar de Salud (PFAS)
- Diseño e implementación del Programa Comunitario de Salud (PCOS)

- Diseño e implementación del sistema de vigilancia sociocultural de la salud
- Diseño e implementación del sistema de información manual y automatizado, en paralelo al desarrollo de los programas de salud
- Procesos permanentes de monitoreo, acompañamiento y evaluación

Aplicadas estas fases, puede afirmarse que el MIS entra en operación plena a partir del

2006, pero en base a las experiencias se han realizado mejoras continuas que permiten un mayor nivel de maduración.

A. Características de los proyectos piloto

El MIS ha tenido un buen funcionamiento en ambos pilotajes, logrando adaptarse al contexto particular de las poblaciones con las que se trabaja. La siguiente tabla presenta las características generales de cada uno de los pilotajes.

Tabla 15
Características generales de los proyectos piloto,
para implementación del Modelo Incluyente en Salud

Característica	Pilotaje de Boca Costa		Pilotaje de San Juan Ostuncalco
Población			
Comunidades cubiertas por el MIS	20 comunidades pertenecientes a los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá, Sololá		24 comunidades pertenecientes al municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango
Población (2008)*	10,894 habitantes 1,772 familias 1,747 viviendas habitadas		9,004 habitantes 1,305 familias 1,265 viviendas habitadas
Grupo étnico predominante	100% K'iche'		97% Mam 3% Mestiza
Pobreza por municipio+ (2000-2002)	Santa Catarina Ixt. General, 90% Extrema, 48%	Nahualá General, 86% Extrema, 38%	San Juan Ostuncalco General, 73% Extrema, 21%
Clima	Cálido y templado		Frío y templado
Ruralidad	100%		100%
Actividades productivas	Maxán, café, maíz y frijol		Papa, maíz y hortalizas

Característica	Pilotaje de Boca Costa	Pilotaje de San Juan Ostuncalco
Pilotaje y organizaciones		
Distrito y Dirección de Área de Salud del MSPAS	Distrito 9 (Xejuyup) Distrito 10 (Guineales) Área de Salud de Sololá	Distrito de Salud, San Juan Ostuncalco Área de Salud de Quetzaltenango
Organización a cargo del pilotaje	Clínica Maxeña	Asociación IDEI
Sectores	6 sectores (A, B, C, D, E y F)	4 sectores (1, 2, 3, 4)
Casas de Salud Comunitaria (CSC)	6 Casas de Salud Comunitaria	4 Casas de Salud Comunitaria
Equipos comunitarios de salud (ECOS)	14 ASC (11 hombres y 3 mujeres) que integran 6 ECOS	14 ASC (11 mujeres y 3 hombres) que integran 4 ECOS
Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)	1 EAPAS, conformado por (9 personas): - Coordinador - 2 Animadores(as) comunitarios(as) - Animadora familiar - Enfermera graduada - Médico - Contador logista - 2 Asistentes de información	1 EAPAS, conformado por (9 personas): - Coordinadora - Animador comunitario - Animadora familiar - Enfermera graduada - Médica - Contador logista - 2 Asistentes de información - Piloto
Terapeutas maya-populares	104 terapeutas (incluye 54 comadronas)	64 terapeutas (incluye 35 comadronas)
Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) y Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC)	26 COCODES. Existen comunidades que tienen 2 COCODES, por tener población de Sta. Catarina Ixtahuacán y de Nahualá) 12 COPEC	4 COCODES, integrados por representantes de comités comunitarios. 5 COPEC

*Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

*Fuente: SEGEPLAN, Mapa de pobreza y desigualdad a nivel municipal para Guatemala.

Es posible observar que aún cuando el pilotaje de Boca Costa tiene una mayor cantidad de habitantes y sectores, la cantidad de Agentes de Salud Comunitaria (ASC) es igual a la del pilotaje de San Juan Ostuncalco. Esto se explica porque para cada pilotaje ha sido necesario

adecuar el personal de acuerdo a los criterios de dispersión de las comunidades y viviendas, la geografía y vías de comunicación, entre otros. A continuación se detalla la organización de los Equipos Comunitarios de Salud de los pilotajes, y la población que atienden.

Tabla 16
Conformación de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y población asignada por sector

Boca Costa (2008)	Sector A	Sector B	Sector C	Sector D	Sector E	Sector F
Comunidades del área de influencia	- Chuituj - Pacanal I A - Pacanal I B - Pacanal II - Pasac	- Pasaquijuyup	- Chicorral - Chuinimajuyub - Paquib - Tzambabaj	- Chuiatzam - Palá - Patzaj - San Miguelito	- Chuicomó - Patzité Centro - Patzité Ixtahuacán - Patzité Nahualá (Costa)	- Panguiney - Paraje Xecuchín
Población total	2,706	1,663	1,086	1,655	2,501	1,283
Familias	485	273	163	250	391	210
ASC que conforman el ECOS	3	2	2	2	3	2

San Juan Ostuncalco (2008)	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4
Comunidades del área de influencia	- 15 de Agosto - Las Barrancas Centro - Las Granadillas - Los Agustines - Nueva Jerusalén	- Agua Blanca Centro - Kanaq de los Olivos - Las Canoas - Las Pacayas - Los Vailes	- Chanshenel - El Tizate Centro - Los Delgado - Los Marroquines - Los Méndez - Los Pérez - Vista Hermosa	- Cruz de Ajpop - Cruz de Kanaq - Edén Chiquito - Los Cipreses - Los Escobares - Los Gonzáles - Nueva Concepción Centro
Población total	1,799	1,446	2,914	2,845
Familias	256	221	392	436
ASC que conforman el ECOS	3	3	4	4

B. La relación institucional con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

La puesta en marcha de la validación del MIS, ha requerido de una permanente negociación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a diferentes niveles. La relación con el MSPAS se puede dividir en cuatro fases:

La primera fase se refiere al periodo en el que se diseña y formula el MIS. A finales del 2001, se tuvo relación con la Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel del MSPAS (UPS-1), presentando el modelo y compartiendo las observaciones generales sobre las debilidades del primer nivel de atención en salud y del Programa de Extensión de Cobertura. Las autoridades de la UPS-1 participaron en febrero del 2002 como comentaristas en la presentación del libro “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” que es la base teórica y metodológica del MIS.

La segunda fase, está referida al proceso de negociación para determinar en qué áreas de trabajo se llevaría a cabo la validación del MIS. Con ese objetivo se mantuvo la comunicación con el nivel central del MSPAS y fue a nivel de las Áreas y Distritos de salud en donde se tomó la decisión sobre los lugares para la implementación. Ambas zonas de trabajo, San Juan Ostuncalco (Quetzaltenango) y la Boca Costa de Sololá, fueron seleccionadas porque tenían comunidades sin cobertura alguna por parte de las prestadoras de extensión de cobertura o servicios institucionales del MSPAS.

La tercera fase ha sido la más larga, consistiendo en, al menos, las siguientes actividades:

- Negociación permanente de aspectos técnicos del MIS que van desde la modalidad de trabajo hasta herramientas e instrumentos del sistema de información automatizado y manual del MIS. Esta negociación se ha dado con los Distritos y Áreas de Salud, y con el nivel central del MSPAS.
- Traslado periódico de información epidemiológica y de producción de servicios requerida por parte del MSPAS.
- Participación en consejos técnicos distritales y en otras reuniones convocadas por el MSPAS.
- Apoyo recíproco en insumos, medicamentos y otros recursos, de acuerdo a las necesidades surgidas en el trabajo.
- Firma de convenios y actas con las Áreas y Distritos de Salud, como marco formal para el funcionamiento del MIS.
- Visitas de campo de personal técnico del nivel central del MSPAS para conocer la experiencia del MIS.

La cuarta fase es la que actualmente se desarrolla y tiene dos objetivos: uno de ellos es hacer sostenible las experiencias actuales del MIS en los dos pilotajes, con fondos públicos y a cargo de los Distritos de Salud correspondientes; el otro, es lograr la replicación del MIS en nuevos lugares a partir de la institucionalidad del MSPAS o aportar a la mejora de las intervenciones institucionales del primer nivel, en otros distritos del país.

VI. Resultados y valoraciones del Modelo Incluyente en Salud en los proyectos piloto

Las bases conceptuales, el diseño programático y el diseño operativo se han llevado a la práctica en los dos proyectos piloto: San Juan Ostuncalco, –en adelante SJO– y Boca Costa de Sololá, –en adelante BC-Sololá–; y el Modelo Incluyente en Salud ha comenzado a rendir frutos. En ambos pilotajes se brinda una atención continua, integral e incluyente a través de personal local remunerado y estable. Además de la atención clínica intramuros y extramuros, el Programa Familiar de Salud (PFAS) y el Programa Comunitario de Salud (PCOS), son decisivos para asegurar la integralidad de la atención; y permiten que los(las) Agentes de Salud Comunitaria (ASC) y el Equipo de apoyo (EAPAS) tengan una mayor comprensión y mejor articulación con la población con la que trabajan.

A partir de la implementación plena del MIS en el 2006 y 2007, se presenta un resumen de resultados agrupados en las siguientes categorías:

- Derecho a la salud
- Perspectiva de género
- Perspectiva intercultural
- Prioridades nacionales: Atención-materno infantil
- Avances hacia el impacto en la salud
- Modificación de la demanda

Los resultados específicos del programa individual, familiar y comunitario se integran en las categorías anteriores, dado que es la mejor forma de expresar la transversalidad de las perspectivas, la integralidad y el impacto en la salud. Presentar cada una de las categorías por

separado, de ninguna manera excluye su mutua relación e interacción en el campo. Cada indicador o resultado presentado es producto de la concordancia que los programas y perspectivas tienen en la acción de los equipos, en beneficio de la población bajo cobertura de los dos proyectos piloto.

El análisis de los resultados y valoraciones que se presenta a continuación, debe tomar en consideración los siguientes aspectos:

- La mayoría de las comunidades donde se han implementado los dos pilotajes eran áreas con muy baja cobertura sanitaria institucional. Especialmente aquellas más lejanas y de difícil acceso, recibían atención de manera esporádica por parte de los puestos y/o centros de salud respectivos en San Juan Ostuncalco (SJO) y Boca Costa de Sololá (BC Sololá).
- Por tal motivo, la calidad y la cantidad de la información eran precarias; ello sin dejar de reconocer que los centros de salud hacían un esfuerzo importante para brindar cobertura a dicha población.
- Los tres programas operativos del MIS se fueron implementando de manera escalonada, comenzando por el individual, el familiar y el comunitario. Con relación a este último, el trabajo comunitario ha estado siempre presente porque cada una de las fases iniciales requirió una relación importante con las comunidades. Fue hasta el año 2006 cuando los tres programas funcionaron a plenitud.

- Para el análisis del desempeño del MIS, se tomaron de referencia años completos de ejecución; es decir, se presenta la información del análisis de situación de salud del proyecto que se realizó a finales del 2007 (ASIS 2007) y se compara con el 2006 cuando corresponde.
- La información del 2008 no se utilizó porque al cierre de este trabajo el año no había concluido. En ese sentido, cabe notar que a partir del análisis del ASIS del 2007, se tomaron varias decisiones operativas que no fueron incluidas en este trabajo por esa razón. Por ejemplo, debido a que la mortalidad infantil del 2007 en el pilotaje de Boca Costa fue a expensas del grupo neonatal, se tomó la decisión de reforzar la vigilancia mediante la realización de un estrecho control de signos de peligro en los recién nacidos en las primeras 48 horas y posteriormente a los 7, 14 y 21 días de vida. De manera similar, en el caso del pilotaje de San Juan Ostuncalco, en el que al registrarse muertes infantiles asociadas a neumonía y diarrea, se tomó la decisión de llevar un control más estrecho de todos los casos detectados con neumonía (seguimiento en CSC o visita familiar a los 2 y 4 días posteriores a su detección), así como de aquellos con diarrea y deshidratación (hidratación en CSC y control a las 24 horas de haber egresado).

La información que se presenta en este apartado, fue generada por el sistema de información manual y automatizado que opera en los dos pilotajes, y se ha enriquecido con el estudio de sistematización de beneficios realizado por la Dra. Velia Oliva y la Antropóloga Marta Lidia Ajú; auspiciado por el proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, el cual es apoyado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y

ejecutado por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED).

A. Derecho a la salud

El MIS ha tratado de asegurar el acceso y la consecuente cobertura de atención de las personas, familias y comunidades. El derecho a la salud abarca acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. A continuación se presentan algunos resultados que permiten conocer los avances del MIS en esta materia.

Para la promoción de la salud, se han desarrollado actividades de limpieza de tanques de agua y el apoyo a gestión de proyectos, así como una estrategia para la disposición adecuada de basuras y el manejo adecuado de plaguicidas. En cuanto a la prevención, se presentan los indicadores de vacunación para prevenir las formas graves de tuberculosis y poliomiélitis, y los relacionados a visitas familiares integrales; estas últimas cuentan con un fuerte componente de vigilancia activa de riesgos individuales, familiares y medio ambientales en el hogar.

En materia de curación y rehabilitación se presentan los datos de cobertura de la atención clínica brindada a las personas en los diferentes ciclos de vida, atención a emergencias y a casos especiales, y de las familias que al menos uno de sus integrantes recibió atención individual, y organización de las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC). Estos últimos son muestra de la cobertura y acceso real de la población a los servicios del MIS. Es importante señalar que este conjunto de actividades incluyen consejería y pesquisas específicas debidamente normadas. También se analiza el porcentaje de población, de cada comunidad, que ha recibido al menos una consulta en el año, lo cual puede reflejar la equidad en el acceso a los servicios.

1. Limpieza de tanques de agua

Las medidas de saneamiento ambiental son consideradas indispensables dentro del primer nivel de atención y se relacionan estrechamente con el trabajo de vigilancia epidemiológica. Durante el 2007, se lavaron tanques de agua a partir de que se demostró su nivel de contaminación no apta para el consumo humano. En la Tabla 17 se puede observar como en el pilotaje de BC Sololá, se lavaron 21 tanques de un total de 34. En el caso del pilotaje de SJO, se lavaron 23 tanques de un total de 23.

Tabla 17
Limpieza de tanques de agua, por sector
Ambos pilotajes, 2007

Pilotaje	Sector	Total de tanques	Tanques lavados
Boca Costa Sololá	A	8	5
	B	4	2
	C	5	3
	D	7	4
	E	7	5
	F	3	2
	Total		34
San Juan Ostuncalco	1	4	4
	2	6	6
	3	5	5
	4	8	8
	Total		23

Fuente: Informes del Programa Comunitario de Salud

Uno de los resultados del 2007, fue la identificación de los riesgos ambientales más frecuentes de las familias a través de la visita familiar, en ambos pilotajes. A partir de esos hallazgos, en el 2008 se están realizando ac-

tividades de saneamiento ambiental en el pilotaje de BC Sololá, vinculadas a la promoción y prevención en el tema de basuras en comunidades seleccionadas según su nivel de riesgo. En el caso del pilotaje de SJO, se están realizando actividades de promoción y prevención en el tema de plaguicidas con los agricultores dedicados al cultivo de la papa. A finales del 2008, se podrán indicar los resultados alcanzados con este tipo de acciones, lo importante a destacar es que en la medida que avanza el MIS y se van conociendo las necesidades de las comunidades, se pueden ir realizando actividades diversificadas en el tema de saneamiento ambiental con participación de los COCODES, cooperativas, otras organizaciones locales y grupos de familias de las comunidades.

2. Apoyo a la gestión de proyectos comunitarios

El trabajo de promoción en la salud conlleva la formulación, apoyo y ejecución de proyectos de diversa envergadura. En el 2007, cada pilotaje desarrolló estrategias diferentes basadas en las particularidades de las contrapartes locales (la Clínica Maxeña en BC Sololá y la Asociación IDEI en SJO), así como de la dinámica de las organizaciones comunitarias. En la Tabla 18, se pueden observar las diferentes acciones intersectoriales que fueron apoyadas desde ambos pilotajes. En el caso del pilotaje de BC Sololá, la estructura organizativa del MIS facilitó y apoyó la ejecución comunitaria de una gran diversidad de proyectos provenientes de instituciones que establecieron coordinación con la Clínica Maxeña.

Tabla 18
Apoyo a la gestión de proyectos comunitarios, por comunidad
Ambos pilotajes, 2007

Pilotaje	Comunidad	Tipo de proyecto	Coordinación con instituciones
Boca Costa Sololá	Chinimajuyup	Crianza de pollos	ASECSA
	Tzamabaj	Crianza de cerdos	ASECSA
	Pasaquijuyup	Invernadero/tomate	ASECSA
	Palá	Árboles frutales	ASECSA
		Letrinas	OXFAM
	Patzaj	Árboles frutales	ASECSA
	Chuatzam	Letrinas	OXFAM
	Chuicomó	Letrinas	OXFAM
Xecuchin	Letrinas	OXFAM	
San Juan Ostuncalco	Nueva Concepción	Pozo Mecánico	FONAPAZ y municipalidad
		Puente	FONAPAZ y municipalidad
	Agua Blanca	Balaustrado, adoquín e hileras, 2 Km lineales	FIS y municipalidad
	Los Agustines	Escuela primaria	FONAPAZ y municipalidad
	Las Granadillas	Reparación de la escuela	Comité de reconstrucción
	El Tizate	Introducción de agua potable, Los Pérez	FIS y municipalidad
	Comunidades del sector 1 y 2	Reconstrucción post Stan (sistemas de agua, construcción de Casa de Salud Comunitaria, rehabilitación del camino de Agua Blanca a las Barrancas)	Unión Europea a través de Medicus Mundi Navarra con ECHO

Fuente: Informes del Programa Comunitario de Salud

En el caso del pilotaje de SJO, la diversidad de proyectos que la estructura organizativa del MIS facilitó se originaron por coordinaciones que las mismas organizaciones comunitarias establecieron con instituciones estatales, como los fondos sociales, el Comité de Reconstrucción y la municipalidad. En este pilotaje, el MIS hizo una contribución técnica y operativa importante en la gestión de un proyecto ante ECHO de la Unión Europea, realizada por la Asociación IDEI con apoyo de Medicus Mundi Navarra.

3. Vacuna BCG y OPV3 en menores de un año

La vacunación es uno de los indicadores más adecuados para medir cobertura de servicios

de salud, de acuerdo a los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995). Se han seleccionado las vacunas de BCG (prevención de formas graves de tuberculosis) y la de OPV3 (prevención de la poliomielitis), dado que son las que más tiempo han estado vigentes en el contexto nacional.

Previo a iniciar la vacunación en el 2005, el proyecto realizó una línea basal en el 2004, cuyos resultados reportaron coberturas bajas a partir de la revisión de carnés. Si se comparan los datos del 2004 con las coberturas alcanzadas en el 2006 y 2007, se puede llegar a la conclusión que el avance ha sido notable. Se han logrado coberturas útiles para BCG en SJO y en OPV para BC Sololá en el 2007.

Tabla 19
Coberturas de vacunación (%) para BCG y OPV3
Ambos pilotajes, años 2004, 2006 y 2007

Pilotaje y coberturas	Pilotaje Boca Costa de Sololá			Pilotaje San Juan Ostuncalco		
	2004 Línea basal	2006	2007	2004 Línea basal	2006	2007
Nacidos vivos	261	307	307	247	234	232
Cobertura de BCG	70%	87%	93%	64%	74%	100%
Cobertura de OPV3	28%	77%	96%	12%	83%	86%

Fuente: Línea de base 2004 y ASIS 2007

4. Atención clínica a los diferentes ciclos de vida

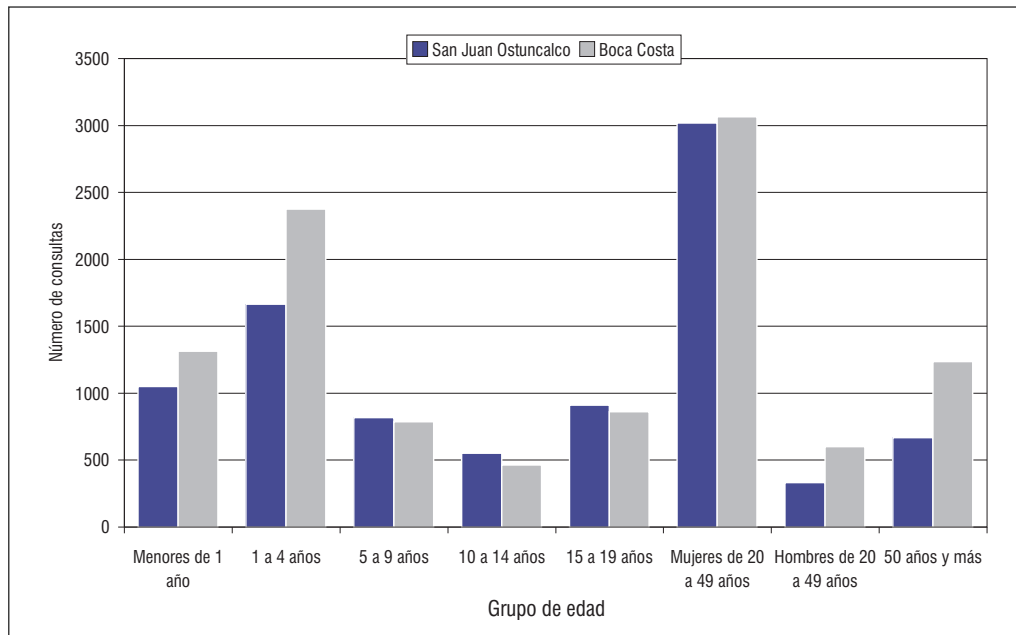
La atención a la demanda, brindada de manera continua en las CSC, así como la realización de controles preventivos y la atención de hombres y personas mayores enfermos durante la visita familiar; son algunas de las tácticas operativas que permiten dar atención clínica a personas de todos los ciclos de vida, tal como se observa en la Gráfica 1.

A este análisis se debe agregar que la atención a las mujeres es de carácter integral,

con coberturas de atención materna y de otros problemas no ligados a la condición reproductiva, como se evidencia más adelante.

Desde el punto de vista del derecho a la salud esto cobra mucha importancia y abre la posibilidad de detectar enfermedades crónicas degenerativas y otras que generalmente no se toman en consideración en la salud pública nacional, pero que en el presente como en el futuro inmediato tendrán bastante relevancia dada la tendencia epidemiológica del país.

Gráfica 1
Total de consultas* brindadas por grupo de edad
Ambos pilotajes, 2007



*Incluye primeras consultas, reconsultas y emergencias
 Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

5. Atención a emergencias

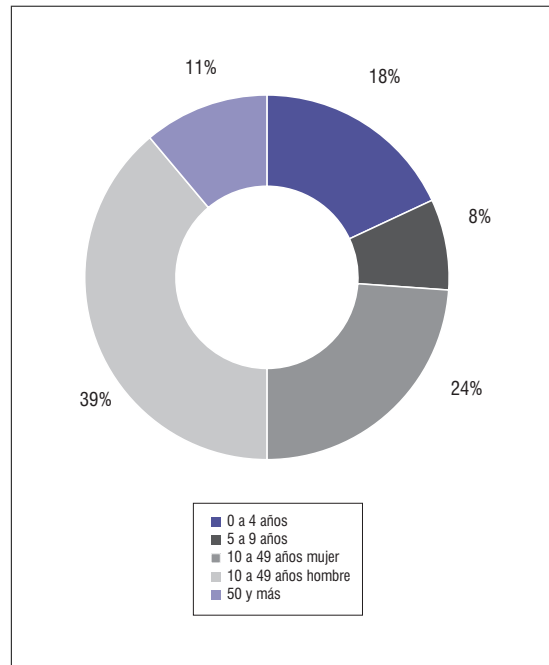
Uno de los aspectos más importantes de un modelo de atención de primer nivel que genere servicios permanentes intra y extramuros, es la posibilidad de atender emergencias en salud. La siguiente gráfica permite conocer la cobertura por ciclos de vida de este tipo de atención.

En dicha gráfica se muestra como los hombres entre 10 y 49 años son los que reciben mayor atención de emergencia, seguidos por las mujeres, los(as) niños de 0 a 4 años, los adultos mayores y los escolares de 5 a 9 años.

6. Familias en las que uno(a) o más de sus integrantes ha recibido atención en los pilotajes

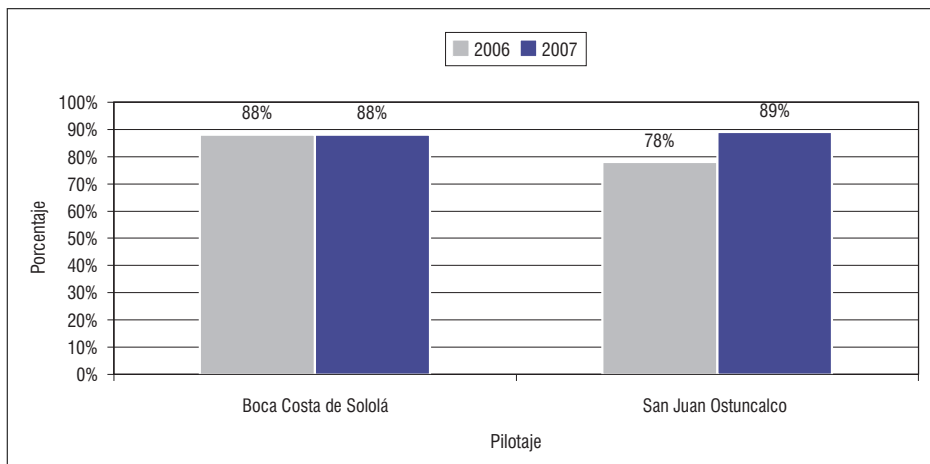
Un indicador importante que nos permite medir el acceso de la población a la atención en salud, es el porcentaje de familias en las que al menos un miembro de la familia ha recibido atención en los pilotajes. La gráfica 3 refleja que durante los años 2006 y 2007, entre el 78% y 89% de las familias tuvieron uno(a) o más integrantes atendidos por el MIS.

Gráfica 2
Proporción de atención a emergencias, por grupo de edad
Pilotaje de Boca Costa de Sololá, 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

Gráfica 3
Porcentaje de familias en donde al menos un(a) integrante recibió atención del MIS
Ambos pilotajes, 2006 y 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

7. *Atención equitativa en diferentes comunidades*

El cumplimiento del derecho a la salud conlleva desarrollar un modelo de atención que genere equidad en el acceso y cobertura, de acuerdo a las diferentes necesidades de las

comunidades a las que cubre. El diseño organizacional y operativo del MIS consideró una distribución de personal, infraestructura, insumos y recursos, acordes a las características de cada sector. En las Tablas 20 y 21 se muestran los porcentajes de población atendida de un sector seleccionado y sus comunidades.

Tabla 20
Porcentaje de población atendida (cobertura) en el sector 1 y resto de sectores
Pilotaje de San Juan Ostuncalco, 2007

Sector	Comunidad	Población	Población atendida	Cobertura
Sector 1	15 de Agosto	78	35	45%
	Las Barrancas Centro	269	167	62%
	Las Granadillas	463	174	38%
	Los Agustines	927	440	47%
	Jerusalén	30	10	33%
Resto de sectores	Resto de comunidades	6,944	2,527	36%
Total de pilotaje	Todas las comunidades	8,711	3,353	38%

Fuente: Sistema de información del MIS

Tabla 21
Porcentaje de población atendida (cobertura) en el sector D y resto de sectores
Pilotaje de Boca Costa de Sololá, 2007

Sector	Comunidad	Población	Población atendida	Cobertura
Sector D	Chuiatzam	256	97	38%
	Palá	548	204	37%
	Patzaj	265	97	37%
	San Miguelito	558	206	37%
Resto de sectores	Resto de comunidades	9,038	3,923	43%
Total de pilotaje	Todas las comunidades	10,665	4,527	42%

Fuente: Sistema de información del MIS

Haciendo una comparación del porcentaje de población atendida en cada pilotaje, se observa que en el pilotaje de SJO se alcanzó un 38% y en el pilotaje de BC Sololá se alcanzó un 42% de atención, de la población total en ambos casos. Tomando en consideración que ambos pilotajes están en contextos municipales y locales diferentes en cuanto a cantidad, dispersión, vías de comunicación, clima, entre otros, se puede afirmar que el MIS ha logrado un desempeño equitativo en ambas experiencias.

En la Tabla 20 se seleccionó el sector más alejado del pilotaje de SJO y en la Tabla 21 se seleccionó al sector más cercano del Pilotaje de BC Sololá. Comparando las coberturas de ambos sectores, se observa que varias de las comunidades del Sector 1 de SJO, tienen un porcentaje de atención a la población mayor que lo alcanzado en las comunidades del Sector D de BC Sololá. Estos resultados son razonables en términos de equidad en el acceso y la cobertura, porque el Sector 1 de SJO, conocido como las Barrancas, está en camino de terracería a 26 Km. de la carretera más cercana. Ello implica que las personas y las familias de esas comunidades no tienen acceso a ningún otro tipo de servicio institucional. Con la construcción de una Casa de Salud Comunitaria y el trabajo de un ECOS integrado por 3 ASC en este sector, las comunidades han disminuido el tiempo de traslado para la atención, y el gasto de bolsillo en que incurrían por transporte, pago de servicios y de medicamentos.

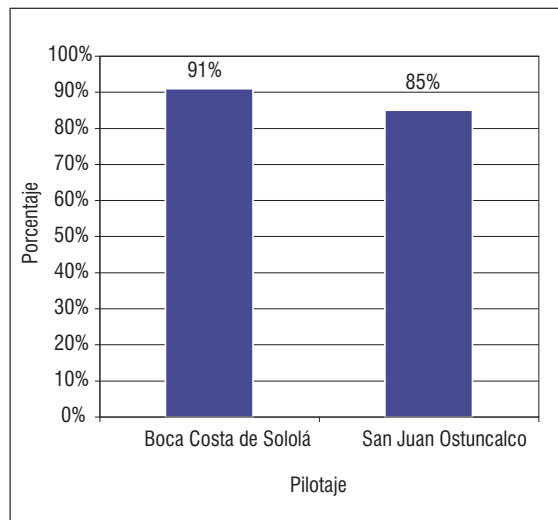
En el caso del Sector D de BC Sololá (Tabla 21), éste se caracteriza por su cercanía y vías de acceso para la mayoría de sus comunidades (excepto Palá). En general, la cobertura alcanzada en este sector, obedece a que se atiende

población que tiene otras posibilidades institucionales de atención; es decir, que pese a tener acceso a la Casa de Salud Comunitaria y a la atención que da un ECOS integrado por dos ASC, las opciones para el camino del enfermo de las personas y sus familias son diversas.

8. *Familias que han recibido una visita integral al año*

Las visitas familiares integrales permiten una serie de atenciones y vigilancia de riesgos que ya fueron explicados en el Capítulo II. El objetivo de las mismas es principalmente preventivo. La meta de los pilotajes es que el 100% de las familias bajo cobertura entren en contacto con la atención brindada por el MIS al menos una vez en el año. En la Gráfica 4 se puede observar el porcentaje de logro de visitas familiares para el 2007, siendo este del 85% en SJO y del 91% en BC Sololá.

Gráfica 4
Porcentaje de familias que han recibido visita integral en el año
Ambos pilotajes, 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

Las limitantes para el logro del 100% de este indicador están relacionadas, entre otros, con los siguientes aspectos:

- La migración temporal e interna que ocurre de manera compleja, en mayor medida en el pilotaje de SJO.
- Las dinámicas laborales cotidianas o semanales, con desplazamientos familiares en las horas extremas del día, por lo que no es posible encontrar a las familias en el horario laboral. Frecuentemente los equipos han trabajado fines de semana para poder avanzar en este indicador.
- La renuencia de algunas familias a recibir la visita porque en ella se ofrecen servicios que rechazan, tales como de la vacunación.

9. Organización de las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC)

Una de las formas de expresar la cobertura a nivel comunitario es a través del trabajo que se hace conjuntamente con los COCODES para organizar a las comisiones responsables de mantener funcionando los planes de emergencia comunitarios. Durante el 2007, en cada uno de los pilotajes se estableció una meta de comunidades que, por sus condiciones, ameritaban tener dichas comisiones funcionando. En ambos pilotajes se logró el 100% de la or-

ganización de las COPEC según lo planificado. En el caso del pilotaje de BC Sololá se han organizado 12 y en el caso del pilotaje de SJO se han organizado 5.

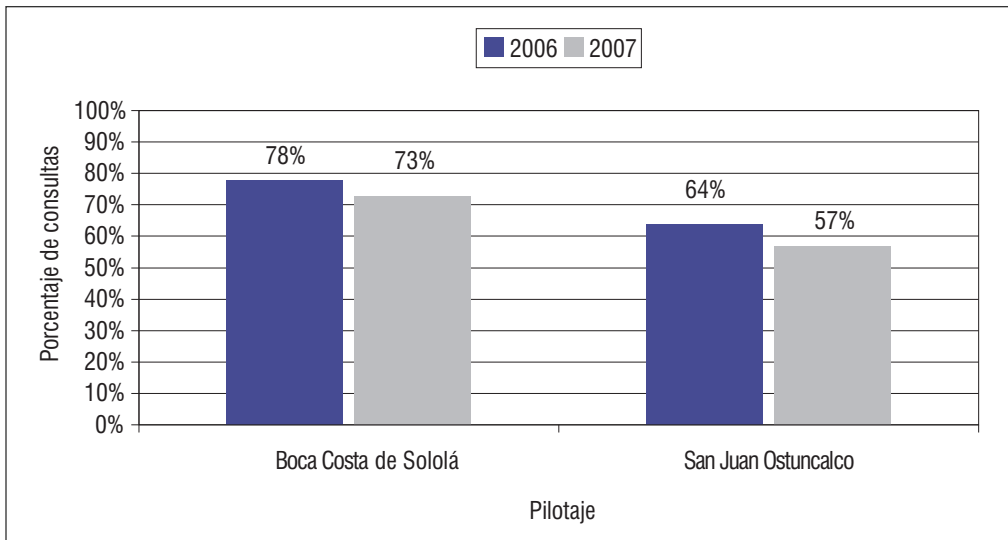
B. Perspectiva de género

La perspectiva de género se trabaja de forma transversal en ambos pilotajes. Explicar con detalle cómo ésta se ha verificado en todos los aspectos del MIS rebasa los objetivos de este documento, por lo que en este apartado se hará referencia a tres indicadores seleccionados: las consultas a mujeres por motivos no reproductivos, la atención específica dirigida a hombres y los hombres convencidos para apoyar el plan de emergencia familiar de salud.

1. Atención a mujeres por motivos no reproductivos

Desde el punto de vista de género, es importante superar el enfoque de la atención a la mujer centrado únicamente en los aspectos maternos y reproductivos. Para ello, el MIS desarrolla acciones dirigidas a dar una atención integral que permita la atención de otros problemas de salud de la mujer. En la siguiente gráfica se pueden observar los porcentajes de atención a mujeres por motivos no reproductivos de ambos pilotajes para el 2007.

Gráfica 5
Proporción de consultas a mujeres mayores de 15 años, por motivos no reproductivos
Ambos pilotajes, 2006 y 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

Las consultas por motivos no reproductivos alcanzan un 73% en el pilotaje de BC Sololá y un 57% en el pilotaje de SJO con respecto al total de todas las consultas a mujeres realizadas en el año 2007. Sin embargo, se observa que hay una disminución de esta proporción entre el 2006 y el 2007, que obedece a las acciones realizadas para cumplir con las metas de los indicadores UAT (énfasis reproductivo), y que repercutieron negativamente en este indicador. Debido a esto, durante el año 2008 se estará reforzando nuevamente este tipo de atención.

Los porcentajes por motivos no reproductivos implican que más de la mitad de estas consultas se relacionan con problemas diversos de la salud de la mujer, de acuerdo a la epidemiología local. Si se toma en consideración que la atención materna sobrepasó los indicadores nacionales, estamos hablando que el nivel de cobertura integral a la mujer es además de alto, superior a los estándares nacionales. Desde el MIS se parte de la premisa que la atención integral a la mujer es una condición

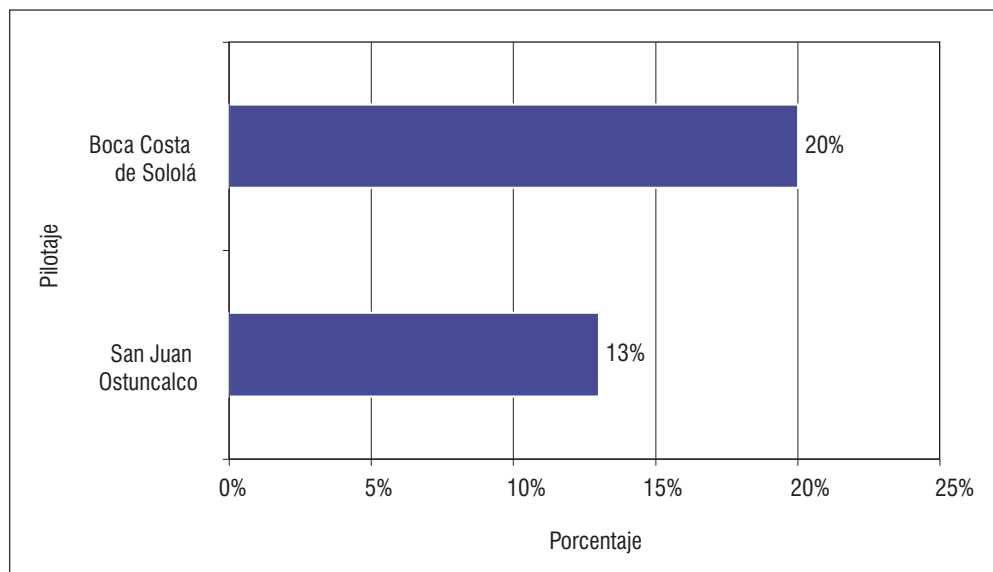
para alcanzar con éxito las coberturas de atención prenatal, de parto y puerperio.

2. *La atención integral a hombres mayores de 10 años*

La atención de hombres, con respecto al total de consultas para mayores de 10 años, en el pilotaje de BC Sololá alcanzó la cifra relativa de 20% y del 13% en el pilotaje de SJO. En el 2008, se han establecido estrategias comunitarias para continuar promoviendo la consulta en hombres; mientras que durante las visitas familiares integrales se realiza búsqueda activa de hombres mayores de 10 años y de la tercera edad que padezcan alguna enfermedad. Se espera que este indicador se eleve, incrementando el acceso, con el objetivo de cumplir con el ejercicio del derecho a la salud y la perspectiva de género.

En la siguiente gráfica se observa el porcentaje de atenciones a hombres mayores de 10 años logrado en el 2007.

Gráfica 6
Porcentaje de consultas a hombres mayores de 10 años
Ambos pilotajes, 2007



Fuente: ASIS 2007

3. Planes de emergencia familiar con hombres convencidos

En la dinámica familiar, es frecuente que el cuidado de la salud de sus integrantes es un rol asumido por las mujeres, aunque las decisiones generalmente son tomadas por los hombres. En momentos de emergencia, traslados o referencias, los hombres serán quienes participen en la decisión, por lo que es importante que sean tomados en cuenta para asegurar una activación efectiva del plan de emergencia familiar. El impulso de estos planes de emergencia familiar se inició en el año

2007, para enfrentar complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Dentro de la metodología establecida, se identifica a las personas que participan en la toma de decisiones ante una emergencia y se verifica que estén convencidas para apoyar el traslado y la atención de la embarazada y el bebé.

Para la construcción de este indicador, se calcula el total de hombres a convencer y de ellos cuántos están convencidos de activar dicho plan. En la siguiente tabla se observa la progresión del indicador, de tres meses del 2007.

Tabla 22
Hombres convencidos en Planes de Emergencia Familiar
Ambos pilotajes, septiembre, octubre y noviembre de 2007

Indicador	San Juan Ostuncalco			Boca Costa de Sololá		
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Septiembre	Octubre	Noviembre
Número de hombres a convencer	11	34	21	26	21	23
Número de hombres convencidos	11	27	29	24	16	16
Porcentaje de hombres convencidos	100%	79%	90%	92%	76%	66%

Fuente: ASIS 2007

En ambos pilotajes se puede observar que el indicador comenzó con cifras que fueron decreciendo, alcanzando 67% para BC Sololá y 90% para SJO. La reducción de este indicador puede ser explicada en parte porque progresivamente se hizo más estricto el control, llegando a establecer en el instrumento utilizado un lugar para colocar la firma o la huella digital de la persona que decía estar convencida (en este caso el hombre). Este cambio en el procedimiento, además de la entrevista con la familia y la mujer embarazada durante la visita familiar en la que se realiza específicamente el control de embarazo en el noveno mes, dio como resultado una mayor rigurosidad para su seguimiento.

C. Perspectiva intercultural

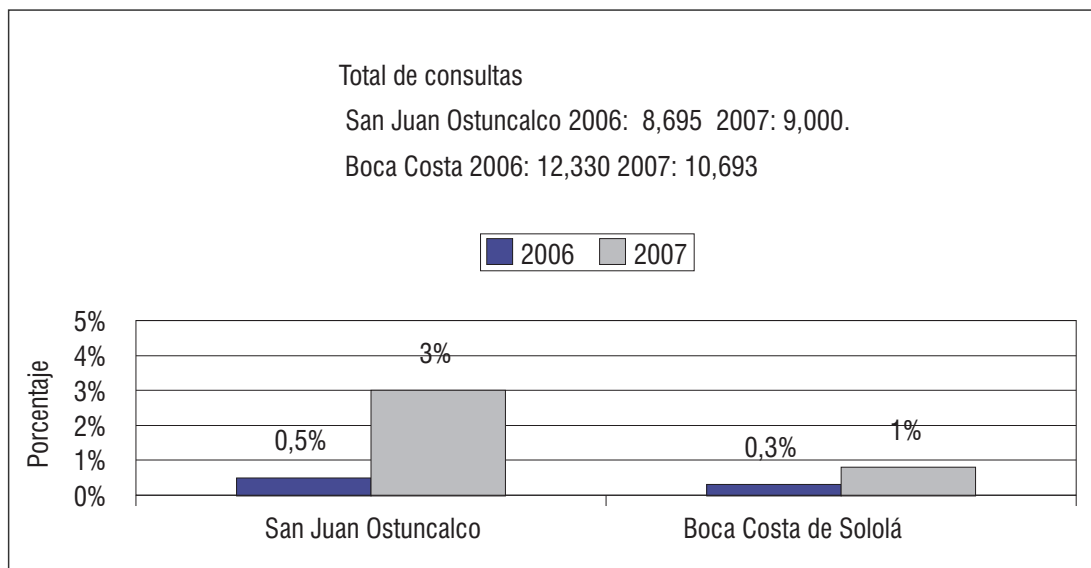
Al igual que la perspectiva de género, dar cuenta de cómo la de interculturalidad se da de manera transversal en las acciones del MIS

rebaso el contenido de este documento. Por ello se han seleccionado los siguientes datos e indicadores que son de utilidad para conocer lo logrado: las impresiones clínicas de enfermedades maya populares, las referencias a terapeutas y el perfil de enfermedades maya populares de los dos pilotajes.

1. *Impresiones clínicas de enfermedades maya populares*

Después de la realización de análisis cualitativos y cuantitativos de los autodiagnósticos familiares, se logró establecer una codificación para 7 enfermedades de filiación cultural maya popular. A partir de ello, se ha podido ir cuantificando este tipo de enfermedades, lo cual ha implicado un proceso de aprendizaje y disciplina para formalizar su registro. En la gráfica siguiente, se presenta el porcentaje de impresiones clínicas de enfermedades maya populares.

Gráfica 7
Porcentaje de consultas con impresión clínica de enfermedad maya-popular
Ambos pilotajes, 2006 y 2007



Fuente: ASIS 2007

En la Gráfica 7 se puede observar que ambos pilotajes incrementaron el registro de este tipo de enfermedades entre el 2006 y el 2007. Comparando ambos pilotajes, el de SJO tiene una mayor captación, alcanzando para el 2007 la cifra de 3%, mientras que BC Sololá alcanzó el 1% del total de consultas. La diferencia entre pilotajes puede tener varias explicaciones. Una de ellas, es que los(as) ASC de SJO tienen mayor capacidad de identificar estas enfermedades, dado que en cada sector se tiene al menos a un ASC que posee el “don” de curarlas vinculado a la cultura y espiritualidad. En el caso de BC Sololá, sólo 3 de 6 sectores tienen ASC con esta capacidad.

El reconocimiento de estas enfermedades en el momento de la consulta, es de suma importancia para la pertinencia y eficacia de la consejería y terapéutica en la atención clínica.

Esto ha formado parte de la estrategia operativa de la interculturalidad denominada *coordinación en paralelo*; y ha permitido avanzar en el conocimiento y el perfil epidemiológico de este tipo de enfermedades.

2. *Referencias de pacientes con impresión clínica maya-popular a terapeutas mayas*

La referencia de los pacientes que tienen sospecha o posibilidad de padecer enfermedad maya-popular ha sido uno de los aciertos más importantes del MIS. Ello ha generado acercamiento y aumentado la confianza de la población y sus terapeutas locales. En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de referencias realizadas con relación al total de consultas con este tipo de impresión clínica, para los años 2006 y 2007.

Tabla 23
Referencias a terapeutas maya-populares
Ambos pilotajes, 2006 y 2007

Pilotaje	2006			2007		
	EMP	Ref. a TMP	%	EMP	Ref. a TMP	%
San Juan Ostuncalco	37	8	22%	200	165	82%
Boca Costa de Sololá	36	2	6%	70	48	69%

Fuente: ASIS 2007

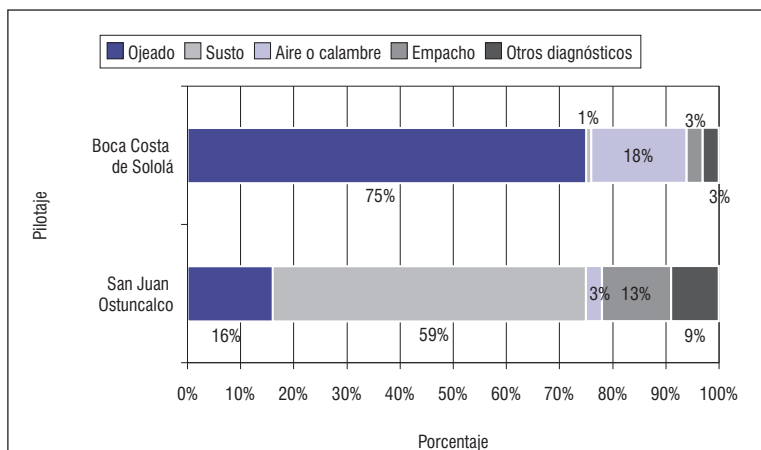
En la tabla 23 se observa un aumento significativo en el indicador del año 2006 al 2007. Alcanzando un mayor nivel en el pilotaje de SJO, con la cifra relativa de 82% de consultas con referencia a terapeutas; y, en el caso de BC Sololá, con una cifra de 69%. El aumento de los porcentajes obedece a la mejora en el registro de este tipo de referencias en la ficha clínica, por lo que el proceso se ha ido formalizando e institucionalizando. Cabe destacar que se deben hacer acciones afirmativas consistentes sobre este tipo de temas para que el personal vaya asumiendo que lo normado en cuanto a la interculturalidad se debe cumplir. Para que este proceso se dé, se han realizado investigaciones sobre el trabajo de los terapeutas en cada pi-

lotaje y obtenido productos como directorios de terapeutas y sus especialidades, entre otros.

3. Vigilancia de enfermedades maya populares

La incorporación de las enfermedades maya populares a la vigilancia en salud ha sido uno de los pasos importantes dentro de la estrategia de *coordinación en paralelo*. Esto se ha logrado gracias a la codificación de estas impresiones clínicas. La diferencia más importante es que en el pilotaje de SJO la enfermedad maya popular más frecuente es el susto, mientras que el pilotaje de BC Sololá el ojeado, tal como se expresa en la Gráfica 8.

Gráfica 8
Porcentaje de enfermedad maya-popular en relación al total de consultas desagregado por tipo de enfermedad
Ambos pilotajes, 2007



Fuente: ASIS 2007

Cuando se analiza la información por sexo, se observa que en SJO el susto afecta más a la población femenina del grupo de 10 a 50 años. Esto es relevante para la salud pública, dado que es población económicamente activa y con roles muy importantes en la manutención de las familias. En el caso del ojeado en BC Sololá, la población más afectada es la de menores de un año con números absolutos muy cercanos entre ambos sexos. El ojeado es una enfermedad muy frecuente en Guatemala y en los pilotajes se ha comenzado a asociar con causas de muerte infantil. A esto se suma la enfermedad llamada hechizo, mal hecho o mal espíritu, relacionada con problemas de alta letalidad.

En la medida que se avance en la identificación de estos problemas, se puede tener mayor información sobre los riesgos y estas enfermedades. En el 2008, se implementará un instrumento para registrar la producción de atención que brindan los(as) terapeutas mayapopulares, lo que permitirá conocer la morbilidad que se atiende y, con base a ello, avanzar en la comprensión de la epidemiología local en su conjunto.

D. Prioridades nacionales: atención materno-infantil

La atención materna e infantil se desarrolla como parte de las acciones integrales, horizontales y permanentes. El desempeño del MIS ha sido alto, y en el caso, de la atención materna se superan los indicadores establecidos por la UAT del MPSAS. La explicación general de los avances en estos indicadores de producción radica en la combinación de las tácticas operativas del programa individual y familiar de salud. En este caso, el aporte del programa comunitario está presente en el trabajo de intercambio de experiencias y coordinación que se lleva a cabo con terapeutas y comadronas, COCODES y COPEC de cada sector.

1. Controles generales de niñas y niños menores de 1 año y de 1 a menores de 5 años

La realización de controles generales de niñas y niños es una de las actividades priorizadas por el MSPAS. En ambos pilotajes se observa un importante aumento de cobertura para ambos indicadores entre el 2006 y 2007. Para el 2007, en el indicador de dos controles en menores de 1 año, se estuvo muy cerca de alcanzar la meta de la UAT del MSPAS. En el caso del control para los niños y niñas de 1 a menores de 5 años, hubo dificultades para alcanzar el 90% requerido.

Otro de los controles importantes es el de recién nacidos, dado que frecuentemente la mortalidad infantil tienen un fuerte componente neonatal. En la siguiente tabla se observa que las metas establecidas por la UAT del MSPAS son ampliamente rebasadas por ambos pilotajes en el 2006 y 2007. Durante el 2008, como se comentó al inicio de este apartado, se ha priorizado el control de señales de peligro para las(os) RN y se han fortalecido las capacidades del personal en la detección de riesgos.

Tabla 24
Cobertura alcanzada (%) en indicadores seleccionados, según meta UAT
Ambos pilotajes, 2006 y 2007

Indicador	Meta UAT	San Juan Ostuncalco		Boca Costa de Sololá	
		2006	2007	2006	2007
Menor de un año con dos controles del niño(a)	90%	52%	83%	39%	83%
Niño(a) de uno a menor de cinco años con un control	90%	39%	53%	50%	69%
Recién nacido con un control	44%	63%	95%	ND	98%

Fuente: ASIS 2007

2. Controles prenatales y de puerperio

La atención materna es otro de los componentes que se integra al MIS. Como se observa en la Tabla 25, los logros reportados para el 2006 y 2007, sobrepasan la meta establecida por la UAT del MSPAS, especialmente en el último año.

Tabla 25
Cobertura alcanzada (%) en indicadores seleccionados, según meta UAT
Ambos pilotajes, 2006 y 2007

Indicador	Meta UAT	San Juan Ostuncalco		Boca Costa de Sololá	
		2006	2007	2006	2007
Embarazada con primer control prenatal	75%	88%	98%	102% ^a	91%
Embarazadas captadas antes de 12 semanas de gestación	21%	23%	42%	31%	32%
Embarazadas con tres controles prenatales	40%	27%	52%	38%	50%
Puérperas con un control	44%	56%	100%	93%	100%

^a Este porcentaje obedece a que los embarazos ocurridos fueron más que los esperados (que se calculan como el 5% de la población total)

Fuente: ASIS 2007

Uno de los indicadores de atención materna utilizado por la OPS para evaluar cobertura de los servicios de salud es el primer control prenatal. Las tres encuestas de salud materno-infantil realizadas en el país han demostrado para los años 1987, 1995 y 1998-99, que la atención materna por parte de personal médico(a) y enfermera(o) alcanza una cobertura de 32.4%, 52.8% y 59% respectivamente. En el boletín bianual de "Género, salud y desarrollo en las Américas, indicadores básicos 2007" de la OPS, se reporta para

Guatemala una cobertura del 85% de primeros controles prenatales, lo que es superado por ambos pilotajes.

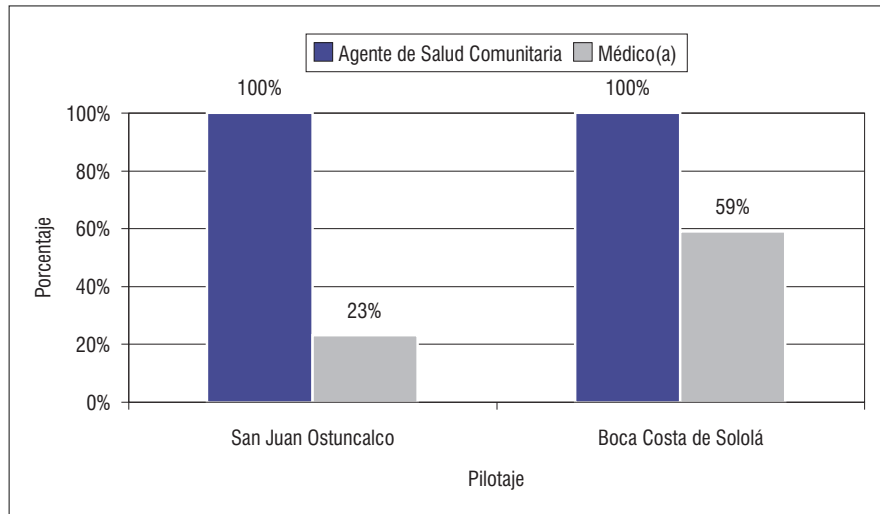
Algo a destacar es que los controles de puerperio se realizan entre las primeras 24 a 48 horas después del parto. Esto es producto de la estrecha relación que los(as) ASC mantienen con las comadronas de cada uno de los sectores de los pilotajes, quienes informan inmediatamente a los ECOS de cada sector de los nacimientos ocurridos.

Otro aspecto a destacar es el desempeño en el indicador de captación temprana de embarazadas antes de las 12 semanas. Este es un logro obtenido a partir de la combinación de 2 tácticas: la captación en todas las consultas a mujeres (incluyendo a las acompañantes) mediante prueba verbal y/o diagnóstica de embarazo, y la pesquisa durante las visitas familiares integrales, de seguimiento y puntuales.

3. Controles prenatales a embarazadas en 9º mes

Una de las priorizaciones realizadas en los dos pilotajes con el fin de reducir la muerte materna, ha sido el control prenatal a las embarazadas en 9º mes, mediante la visita familiar puntual. Esta visita tiene importancia porque además de contemplar los aspectos de control prenatal normados, se hace una revisión del plan de emergencia familiar, verificando que las personas que toman la decisión en cada familia estén conscientes de la necesidad de trasladar a la mujer lo antes posible ante el surgimiento de alguna complicación del embarazo, parto o puerperio. La cobertura alcanzada de estos controles prenatales para las y los ASC, así como para el personal profesional de medicina se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfica 9
Controles prenatales a embarazadas en 9o mes, por ASC y Médico(a)
Ambos pilotajes, 2007



Fuente: ASIS 2007, registros clínicos 2007

Las diferencias encontradas entre los y las ASC y el personal médico, es que este último se moviliza a los domicilios de las familias, especialmente de aquellas mujeres embarazadas que a criterio de los y las ASC tengan algún signo o señal de peligro. En ambos pilotajes se considera que esta actividad es importante para evitar las muertes maternas, que como se verá más adelante se han reducido en el pilotaje de BC Sololá y se ha mantenido igual en el pilotaje de SJO (en este pilotaje sólo se registró una muerte materna acontecida al tercer día de haber sido referida e ingresada al Hospital de Quetzaltenango).

4. Planes de emergencia familiar

Este indicador se implementó en el último trimestre de 2007, lográndose una cobertura importante. Como se puede observar en la siguiente tabla, el pilotaje de BC Sololá ha obtenido mejores resultados y en ambos casos el logro del indicador conlleva visitar a la familia para asegurar que el plan de emergencia familiar es real y que las personas que toman la decisión están convencidas y dispuestas a hacer las provisiones necesarias ante cualquier emergencia.

Tabla 26
Planes de emergencia familiar establecidos para embarazadas en noveno mes
Ambos pilotajes, septiembre, octubre y noviembre, 2007

Indicador	San Juan Ostuncalco			Boca Costa de Sololá		
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Septiembre	Octubre	Noviembre
Número de mujeres embarazadas en noveno mes	12	30	17	28	15	19
Planes de emergencia establecidos	10	23	17	28	15	19
Porcentaje de PEF establecidos	83%	77%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ASIS 2007

Esta actividad abarca a la familia en su conjunto y, de alguna manera, ayuda a generar nuevas capacidades en la misma. Los planes de emergencia familiar son coherentes con los planteamientos de reducción de muerte materna en el país. En el ámbito comunitario se establece una coordinación con las COPEC, especialmente para aquellas familias que tienen limitaciones o dificultades para poder emprender con éxito el plan de emergencia familiar.

E. Avances hacia el impacto en la salud

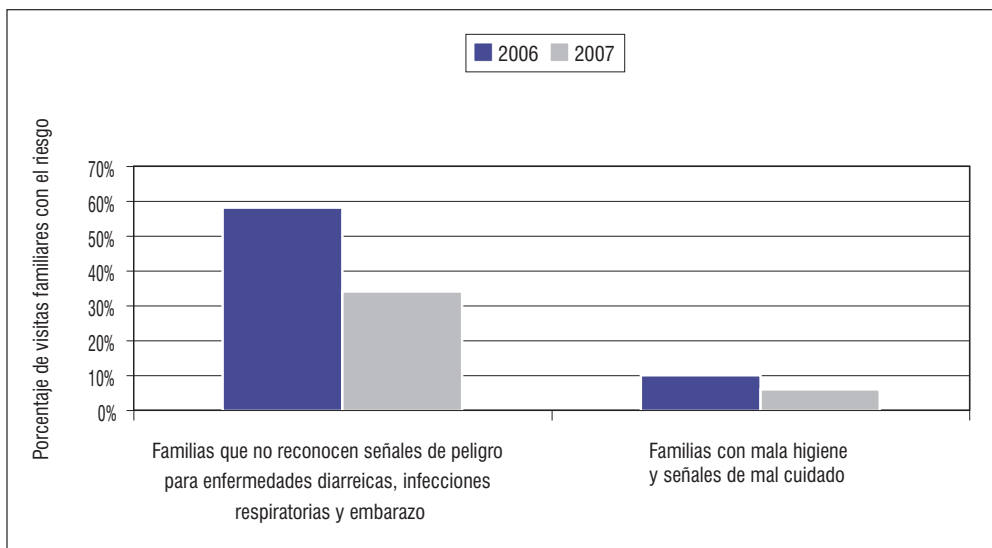
El MIS lleva dos años de funcionamiento pleno, período aún insuficiente para demostrar un impacto en la situación de salud de la población. Sin embargo, para el 2007 se cuenta con algunos indicadores que, de mantenerse la tendencia, pueden significar un progresivo avance hacia la mejora de dicha situación. En esta sección se presenta información sobre

cómo algunos riesgos en las familias de ambos pilotajes se han reducido; cómo se ha impactado en la mortalidad materna durante el 2007 y cómo, en el pilotaje de BC Sololá, se ha reducido la tasa de mortalidad por diarrea en menores de 1 año.

1. Reducción de riesgos familiares

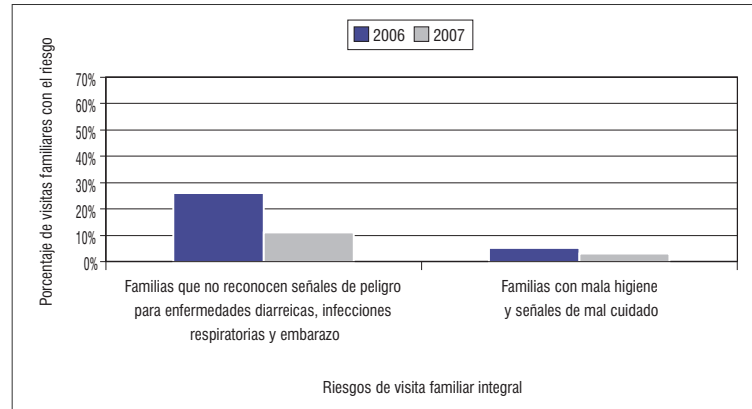
La visita familiar integral incluye dentro de sus actividades la vigilancia de 53 riesgos, la consejería respectiva y rutas de acción para cada uno de ellos. Uno de los énfasis se refiere a la autoatención familiar, por lo que se toman en consideración riesgos relacionados con las principales prioridades sanitarias del país. En las siguientes gráficas se puede observar el porcentaje de familias (del total de familias visitadas), que presentaron riesgos por no reconocer los signos de peligro de enfermedades diarreicas, así como las familias que presentan mala higiene y señales de mal cuidado.

Gráfica 10
Riesgos seleccionados, detectados en visita familiar integral
Pilotaje de San Juan Ostuncalco, 2006 y 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

Gráfica 11
Riesgos seleccionados, detectados en visita familiar integral
Pilotaje de Boca Costa de Sololá, 2006 y 2007



Fuente: Sistema automatizado de información del MIS

Se observa que en ambos pilotajes la reducción de estos riesgos entre el 2006 y 2007 ha sido importante. Esto genera las posibilidades de que se vaya dando un efecto positivo en la capacidad de las familias de actuar ante estos riesgos que precisamente están vinculados a las principales causas de mortalidad infantil.

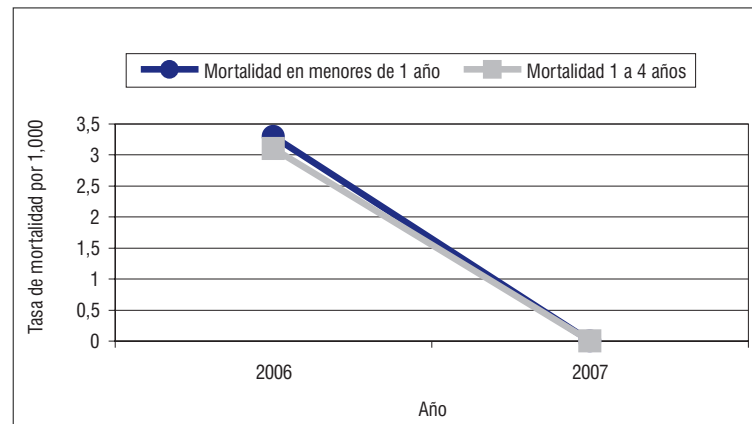
2. Mortalidad por diarrea

La enfermedad diarreica evidencia cambios tanto en la morbilidad como en la mortalidad,

siendo esta última la que se vincula más a la atención oportuna y de calidad, sobre todo en la población menor de un año.

La gráfica muestra un descenso marcado en el número de muertes ocurridas en los dos últimos años, en el pilotaje de Boca Costa, lo cual se correlaciona con el énfasis aplicado a la identificación de signos de peligro, medidas higiénicas y utilización de sales para la rehidratación inmediata.

Gráfica 12
Mortalidad por diarrea en población menor de cinco años
Pilotaje de Boca Costa de Sololá, 2006 y 2007



Fuente: ASIS 2007

3. Muerte materna

Un resultado relevante en ambos pilotajes es la disminución de la mortalidad materna, situación vinculada también al control, atención, detección oportuna de signos de peligro y referencia inmediata. Para los años 2006 y 2007, en el pilotaje de San Juan Ostuncalco se presentó un caso de muerte materna cada año. El último caso fue una complicación del embarazo detectada y referida al hospital regional (Quetzaltenango), sin embargo la mujer falleció en ese servicio tres días después de su ingreso. En el pilotaje de Boca Costa, durante el año 2006 ocurrieron tres muertes maternas, en el 2007 el número de casos se redujo a cero. Hasta julio de 2008 no se había registrado ningún caso en ambos pilotajes.

F. Modificación de la demanda en el segundo nivel de atención

Otro resultado relevante que puede ser analizado es la modificación de la demanda de

atención, suscitada a raíz de la implementación del MIS. Para el pilotaje de Boca Costa Sololá, a criterio de la Directora del Distrito de Salud de Guineales, a partir del año 2006 en el que inician las actividades del Modelo, la población que acudía a este servicio cambió en términos de cantidad, periodicidad y procedencia. Antes del inicio del MIS, la población sólo tenía acceso a los servicios los días de mercado (dos veces por semana); en estos días se atendía 70% del total de la demanda, y la procedencia correspondía a las comunidades que luego fueron asumidas por el MIS. Actualmente, ha disminuido la población que demanda servicios al Centro de Salud y no se observa la concentración de la atención en días determinados. La procedencia de los(as) usuarios(as) es de comunidades cercanas y aledañas al Centro de Salud, de mayor nivel de urbanidad y con mejores condiciones de vida, así como las personas referidas de las CSC por los(as) Agentes de Salud Comunitaria.

VII. Elementos clave del Modelo Incluyente en Salud

En este apartado se comparten algunos elementos considerados como fundamentales en el funcionamiento del Modelo Incluyente en Salud (MIS). No se intenta agotar la totalidad de consideraciones necesarias para desarrollar un modelo de atención de primer nivel; más bien, desean señalarse algunos aspectos o condiciones que, en la experiencia del MIS, se consideran mínimas para avanzar en un proceso de fortalecimiento del primer nivel institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

A. La innovación teórica y una práctica diferente

1. Síntesis conceptual y coherencia operativa

Un aspecto relevante en la experiencia del MIS, ha sido la validez e importancia de haber desarrollado un marco teórico que, si bien toma antecedentes importantes de la producción académica en el campo de la salud pública, medicina social, género y antropología, se constituye en una nueva síntesis conceptual cuyo desarrollo ha tenido como referente al contexto guatemalteco.

Esta síntesis conceptual se ha constituido, a lo largo de los años, en una guía adecuada para el desarrollo programático, organizacional, gerencial y operativo del MIS. Hay que destacar la coherencia teórico-metodológica y operativa-instrumental mantenida en los cinco años de experiencia de campo, lográndose una práctica sanitaria diferente que ha rendido resultados y beneficios para la población cubierta.

2. *Las perspectivas del derecho a la salud, la interculturalidad y el género como principios para la acción*

El desarrollo transversal de las tres perspectivas en los diferentes componentes del MIS como la estrategia programática, el diseño operativo y el ciclo administrativo, han funcionado como principios para la acción dentro de los equipos de trabajo, así como en la relación con la población a la que se le brinda la atención en salud.

Lo anterior impacta en el personal que trabaja en ambos pilotajes. No han faltado las resistencias al inicio de la implementación, pero posteriormente se han observado cambios de conducta y actitud que son de relevancia para el clima organizacional y la integralidad, la calidad y la calidez de la atención en salud. En suma, se ha transitado progresivamente a relaciones más equitativas y de respeto dentro del personal, y se ha generado compromiso, confianza y cercanía con la población.

B. La integración programática operativa frente al enfoque individual del ciclo de vida

La definición de la estrategia programática-operativa, basada en los tres niveles de análisis-acción (comunitario, familiar e individual), ha permitido que se concreten acciones de prevención y promoción que no hubieran sido posibles si se hubiera mantenido un enfoque individual centrado en los ciclos de vida. Esta estrategia programática también ha favoreci-

do el ordenamiento del trabajo del personal de salud, y ha contribuido al cumplimiento de las prioridades programáticas del MSPAS pero no a partir de la suma de acciones y programas verticales, sino desde un abordaje integral.

La estrategia programática permite identificar con mucha claridad cuáles son las acciones de atención y de vigilancia, normadas por el MSPAS o generadas desde el MIS, que deben ejecutarse de manera integrada en los niveles comunitario, familiar e individual. Por ejemplo, una visita familiar integral logra concentrar en una sola acción (la visita familiar), un conjunto de medidas priorizadas por el MSPAS en diferentes programas de salud. Esto ha llevado a la necesidad de desarrollar protocolos y guías de trabajo que ayuden al personal a lograr dicha acción integral.

El abordaje por ciclos de vida se fortalece con esta estrategia programática, pues permite brindar una atención a las personas tomando en cuenta y accionando en sus familias y comunidades a las que pertenecen. Esto, además, proporciona al personal de salud una visión muy clara y contextualizada de la situación social, económica y sociocultural, entre otras, de la población que atiende.

C. La organización y administración del personal

1. Trabajo en equipo y polifuncionalismo

El trabajo en equipo y el polifuncionalismo es la clave para el éxito de acciones integradoras y de calidad en la atención que brinda el MIS, además de generar un fuerte compromiso por parte del personal. El trabajo en equipo se observa y mantiene en los diferentes niveles de funcionamiento (ECOS, EAPAS y ECON). El polifuncionalismo puede ser variable según

el nivel, siendo mayor en los ECOS y en menor medida en los EAPAS, como responsables de sector y por los énfasis para la conducción de los programas. En el ECON hay un fuerte trabajo en equipo y de especialización, de acuerdo a las necesidades identificadas en el trabajo.

En los tres equipos a los que hacemos referencia, ambas características de la gestión del personal de salud son sinérgicas para el buen desempeño del mismo. En los ECOS, el polifuncionalismo se concreta en la rotación semanal de los(as) ASC en cada uno de los programas y en la distribución rotativa de otras tareas de gestión. En la práctica, los(as) ASC se perciben a sí mismos como una unidad de acción para el logro de objetivos sanitarios y, en esa medida, se fortalece el equipo de trabajo.

2. El primer nivel de atención a cargo de personal técnico local y asalariado, los(as) ASC

Una clave de los buenos resultados del MIS, es la gestión del personal centrada en la selección, formación y contratación de personal local para cumplir con el desempeño esperado de las(os) ASC. Los(as) ASC son personal técnico polifuncional recién acreditados como auxiliares de enfermería comunitaria por parte de las autoridades de recursos humanos del MSPAS.

La ventaja de contar con trabajadores(as) locales radica en que éstos(as) están adaptados(as) al entorno comunitario donde trabajan. Asimismo, se genera una buena sostenibilidad técnica y social pues se ha dado una baja rotación del personal. De los 14 ASC que trabajan en el pilotaje de San Juan Ostuncalco, 10 de ellos(as) han laborado en el MIS desde que empezó el proyecto hace cinco años. Para

el pilotaje de Boca Costa, los(as) 14 ASC son los(as) mismos(as) del inicio.

Desde la perspectiva financiera, el desarrollo de personal local conlleva una inversión importante. Sin embargo, dicha inversión es provechosa a lo largo de varios años y genera condiciones de atención superiores a las de un personal sanitario foráneo que no habla el idioma local y no se adapta al trabajo comunitario, especialmente cuando se está en un contexto de comunidades lejanas, rurales, indígenas y dispersas. En experiencias nacionales recientes se ha observado que el personal del primer nivel tiene una alta rotación; esto genera, además de la interrupción de la atención, un ciclo de desacumulación de experiencia, resultando en una baja generación de capacidades técnicas sanitarias en el nivel local.

3. *El acompañamiento en el trabajo, el papel del EAPAS*

El MIS tiene un alto desempeño frente a los estándares nacionales, siendo los ECOS quienes generan la mayor parte de la producción de servicios. La calidad de este desempeño se debe en gran medida a la conducción y el acompañamiento que proporciona el EAPAS al trabajo los(as) ASC, siguiendo las perspectivas, estrategia programática, normas y guías de trabajo del MIS.

El papel del EAPAS se concreta en apoyar a los ECOS en la gestión de cada sector, la ejecución de los programas, la vigilancia epidemiológica y el sistema de información. Este acompañamiento se verifica permanentemente en los lugares de trabajo de los(as) ASC y se basa en guías específicas de supervisión y fortalecimiento para las atenciones individuales, familiares y comunitarias que realizan. Igualmente se desarrolla el apoyo a las referencias-contrarreferencias y los seguimientos de casos especiales.

D. **La articulación institucional-comunitaria**

1. *Las perspectivas y la pertinencia en la relación comunitaria*

Uno de los aspectos sobresalientes del MIS es la importancia de la equidad en las relaciones institucionales con las personas, familias y comunidades. Hacer la diferenciación del ámbito institucional y del ámbito comunitario, con sus especificidades propias, así como implementar las perspectivas de interculturalidad y género de acuerdo al contexto, han permitido un acercamiento progresivo a las lógicas de pensamiento y acción de la población con la que se trabaja. Ante todo, en el MIS se ha impulsado el respeto y la consideración sobre la validez e importancia del conocimiento maya-popular local. Esto ha significado que las autoridades, líderes, terapeutas, comités y consejos locales perciban la buena voluntad del personal de los pilotajes; su respuesta no se ha hecho esperar, al hacer suyo el trabajo de salud que se realiza.

Lo anterior se ha plasmado de diferentes maneras. El reconocimiento que se hace en la consulta del saber de la persona y las familias, las referencias a un terapeuta maya-popular reconocido por su capacidad de curar y prevenir la enfermedad en las comunidades, o la atención a una situación de carácter psicosocial como abuso sexual o violencia intrafamiliar, genera una percepción comunitaria del beneficio y compromiso del personal del MIS en su desempeño. En el plano comunitario, reconocer y apoyar los intereses de los líderes y organizaciones comunitarias, no induciendo organizaciones nuevas, sino trabajando con las ya establecidas, ha permitido una cercanía cada vez mayor con la comunidad.

La sinergia del conjunto de este tipo de acciones ha permitido cosechar a lo largo de los años una relación pertinente con las comu-

nidades. Este proceso paulatino de reconocimiento mutuo, es la clave para lograr la participación plena de la comunidad en aspectos preventivos y de promoción de la salud.

2. *La inducción, la devolución de la información y la permanente comunicación con las comunidades*

Complementario al punto anterior, está el tema clave de mantener un flujo e intercambio de información suficiente para que los líderes, organizaciones y consejos comunitarios conozcan el proceso de trabajo que se realiza en el primer nivel de atención. Este proceso se inicia desde las primeras fases de trabajo en las comunidades donde se lleva la atención en salud. Tomarse el tiempo para la inducción resulta altamente útil pues se genera una relación que facilita el trabajo institucional y empodera el trabajo comunitario.

Es importante concretar las salas situacionales comunitarias y apoyar los diagnósticos comunitarios a iniciativa de los actores locales, con la información que se tenga a nivel institucional y según los requerimientos de las organizaciones comunitarias. Igualmente, cualquier proceso de recolección de información o de investigación de campo, debe contemplar la fase de devolución de información a las poblaciones que hayan intervenido en la misma (en documentos formales o en talleres y actividades de intercambio). Ello genera confianza y seguridad sobre el nivel de compromiso y voluntad institucional de hacer un trabajo que respeta a la población y al poder local.

E. La inversión en infraestructura específica para el primer nivel de atención

La construcción de la infraestructura sanitaria específica para el primer nivel de atención es altamente necesaria para el cumplimiento de las

normas y la calidad de la atención a la población. La Casa de Salud Comunitaria (CSC), similar a un puesto de salud del MSPAS, se constituye en el centro de trabajo del personal sanitario de primer nivel y alberga a los(as) ASC que integran un ECOS. La CSC es utilizada para las reuniones con actores y grupos comunitarios y sirve para salvaguardar los medicamentos, biológicos y activos fijos necesarios para el desarrollo de la atención. La experiencia guatemalteca demuestra que la ausencia de esa infraestructura específica, impacta negativamente en las posibilidades de desarrollar una atención acorde a las políticas y normas del país; la infraestructura prestada o no formal para la entrega de servicios resulta poco adecuada para la atención de las personas.

F. La vigilancia sociocultural de la salud

El concepto de vigilancia sociocultural de la salud implica una visión más amplia y compleja que lo que tradicionalmente se concibe desde la epidemiología clásica o tradicional, y en la implementación del MIS se ha logrado aplicar de dos maneras. La primera de ellas está vinculada a un análisis en la vigilancia de la salud, que involucra dimensiones sociales, de género y culturales que generalmente no se toman en consideración para los problemas biomédicos de la salud pública; también, abre la visión a procesos como la autoatención u otros riesgos familiares, o a la atención de problemas no considerados prioritarios dentro de la salud pública, como por ejemplo el dolor de cabeza o problemas osteomusculares en las mujeres. El segundo, es el acercamiento a la epidemiología de las enfermedades específicas de una cultura (de filiación cultural), como sería el caso del análisis cualitativo y posteriormente cuantitativo de las enfermedades maya-populares descritas en este documento. Esta perspectiva epidemiológica, sumada a una oferta sostenida y atención a la demanda, genera el acercamiento de los servicios a la epidemiología local tantas veces

planteada en los libros de texto de salud pública. Esto influye positivamente en diferentes procesos difíciles de enumerar pero relacionados con aspectos como la cobertura, el acceso, la calidad y la pertinencia de la atención.

Sin duda, los aspectos socioculturales impulsan una epidemiología que revela otros procesos más eficaces para resolver los problemas de las prioridades sanitarias nacionales, como la mortalidad materna e infantil. Como ejemplo pueden mencionarse los casos de hechizo, mal hecho o mal espíritu, vinculados a morbilidades de alta letalidad y relacionados con casos concretos de mortalidad materna. De forma similar, el ojeado se ha relacionado con la mortalidad infantil. La incorporación de estos problemas de salud en los análisis epidemiológicos tiene el potencial de mejorar la eficacia del accionar sanitario.

G. El sistema de información ágil en el primer nivel de atención

El desarrollo de un sistema de información manual y automatizado que permite conocer de manera periódica y flexible la situación de salud de la población y de la producción de servicios, resulta una gran herramienta gerencial para el primer nivel.

La experiencia del MIS indica que se requieren de grandes esfuerzos técnicos para desarrollar un sistema de información de estas características, pero a cambio se obtienen grandes beneficios al facilitar las decisiones y evaluación de la atención y la gestión.

H. El modelo incluyente en salud como un camino a seguir

Finalmente, otro aspecto clave ha sido el entender que el MIS constituye, no un final, sino un camino a recorrer para alcanzar la idea

de inclusión que animó su formulación e implementación. Esta idea es estratégica en el diseño y desarrollo progresivo del MIS, o de cualquier otro sistema que desee adecuarse al contexto local y generar acciones integrales en el campo de la salud cada vez más amplias e incluyentes.

A lo largo de cinco años, el MIS ha generado acercamientos sucesivos al contexto local que se han concretado en procesos de investigación cualitativa, de servicios y de conducción estratégica. Estos procesos han dirigido las acciones de manera ordenada y moderada hasta alcanzar gradualmente algunos de los resultados presentados en este documento. Algunos ejemplos concretos son la caracterización de género, cuyos hallazgos aportaron a las guías de atención o de supervisión; así como el trabajo cualitativo realizado sobre los autodiagnósticos de las fichas clínicas, que derivó en la selección y codificación de las enfermedades maya-populares. En el plano comunitario, se puede mencionar el trabajo con los grupos de campesinos en el tema de plaguicidas en el pilotaje de San Juan Ostuncalco y el tema de disposición de basura que se trabaja en algunas comunidades del pilotaje de Boca Costa de Sololá. La definición de ambas acciones para el plan operativo anual del 2008, ha sido producto del análisis de los riesgos más frecuentes encontrados durante las visitas familiares integrales del 2007.

Muchas de las acciones que se han tomado aún no alcanzan el espíritu total de la formulación inicial del MIS, pero configuran pequeñas batallas ganadas por la ideas de inclusión, integralidad, atención horizontal y continua a la población. Entre estos avances, se destaca la forma en que se han logrado operativizar cada una de las tres perspectivas —el derecho a la salud, la interculturalidad y el género— descritas en este documento.

VIII. Una proyección a futuro del Modelo Incluyente en Salud

El fortalecimiento del primer nivel de atención en salud es fundamental para el adecuado desarrollo de un sistema nacional de salud. En el caso guatemalteco, la crisis histórica del sistema de salud tiene una de sus principales manifestaciones en la precariedad y limitaciones del primer nivel para brindar cobertura efectiva y calidad, necesarias para el cumplimiento del derecho a la salud.

El Modelo Incluyente en Salud (MIS) se gestó hace ocho años con el fin de contribuir al debate y mejora del sistema de salud de Guatemala, con la premisa que el fortalecimiento del primer institucional vendría a generar una serie de cambios positivos a nivel de la red de servicios y, especialmente, en la evolución de los servicios de segundo y tercer nivel. En la actualidad el MIS está validado en dos pilotajes y su posible operacionalización en otros distritos depende de una serie de condiciones y desafíos que se explican a continuación.

A. La factibilidad y viabilidad técnica del MIS

El MIS es técnicamente factible y viable de reproducir en otros distritos del país. Ello se debe a que sus normas técnicas guardan una estrecha relación con las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para los programas de atención, vigilancia epidemiológica y sistema de información. La estrategia programática operativa del MIS no entra en contradicción con la estructura programática del MSPAS, dado que logra su operacionalización integral, eficiente y eficaz,

por la forma como ha sido diseñada técnicamente y por el enfoque en el desempeño del personal basado en el polifuncionalismo y el trabajo en equipo.

B. La factibilidad y viabilidad legal del MIS

Se considera que el MIS puede ser implementado como parte del sistema público de salud dado que el marco legal permite el desarrollo de modelos de atención como el planteado. En referencia a ello, el Código de Salud en su Capítulo II, sobre la organización y desarrollo de servicios para la recuperación de la salud, indica en sus artículos 151, 152 y 161 los siguientes aspectos:

- El papel de regulación del desarrollo de infraestructura que tiene el MSPAS, para asegurar la utilización óptima de los recursos sanitarios.
- El establecimiento de los niveles de atención como forma de ordenar los niveles resolutivos del sistema de salud, con el fin de garantizar el acceso y la cobertura a todos los habitantes.
- La incorporación, regulación y fortalecimiento de sistemas alternativos de salud como el de la homeopatía, la medicina natural y la medicina tradicional, estableciendo los mecanismos necesarios para su autorización, evaluación y control.

Asimismo, se responde también a compromisos más amplios como los Acuerdos de Paz signados en 1996, donde en materia so-

cioeconómica y de identidad y derechos de los pueblos indígenas, se indica: reducir la mortalidad materna e infantil, la erradicación del sarampión, crear programas de salud integral para las mujeres, y valorizar la medicina indígena y tradicional, mediante el estudio y rescate de sus concepciones, métodos y prácticas.

En un marco más amplio, el MIS coincide con una serie de acuerdos, declaraciones y convenios nacionales e internacionales que establecen la legalidad y la necesidad de desarrollar modelos de salud centrados en la diversidad étnica e indígena del país. Algunos de estos, son:

- Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la

Organizacional Internacional del Trabajo (OIT), de 1989.

- La Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de América (Iniciativa SAPIA), de 1993 en Winnipeg, Canadá.

Con relación a los Objetivos del Milenio, de los ocho objetivos, 18 metas y 48 indicadores formulados para ser medidos, puede afirmarse que el MIS contribuye al cumplimiento de al menos ocho metas, así como al mejoramiento de 14 de los indicadores suscritos. Dentro del MIS se facilita la identificación de riesgos y la intervención oportuna en problemas como paludismo, tuberculosis, sarampión, embarazos de riesgo y menores de cinco años con desnutrición, entre otros. Los ejemplos de acciones más relevantes se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 27
Contribuciones del Modelo Incluyente en Salud al logro de los Objetivos y Metas del Milenio

Objetivo del Milenio	Meta	Indicadores	Contribución del MIS
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	2. Reducir a la mitad el % de personas que padezcan hambre	4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal	Acciones sistemáticas de monitoreo de crecimiento de niños(as) menores de cinco años, identificación y recuperación de casos con desnutrición aguda e intercambio educacional para niños y niñas que no ganan peso.
4. Reducir la mortalidad de la niñez menor de 5 años	5. Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil	Controles generales integrales de carácter preventivo de manera periódica a menores de 5 años. Sistema de vigilancia para identificación de riesgos y signos de peligro en consultas y visitas familiares. Detección, atención oportuna y referencia de niños con complicaciones.
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir la mortalidad materna en 3 cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	Actividad de primera prioridad: captación, atención y seguimiento de embarazadas. Controles prenatales y controles post-parto en consultas y en visitas familiares. Sistema de vigilancia en salud para identificación de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio. Planes de Emergencia Familiar para el traslado oportuno al hospital, de mujeres con complicaciones maternas.

Fuente: Elaboración propia con Base en los Objetivos, Metas e Indicadores del Milenio.

C. El MIS dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El MIS tiene un diseño organizacional que es coherente con los diferentes niveles organizativos del MSPAS. En ese sentido, se puede establecer una serie de adecuaciones para que el MIS pueda funcionar dentro de la estructura institucional del MSPAS.

Tabla 28
Niveles de organización del Modelo Incluyente en Salud y su adaptación a la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Niveles y adaptación	Niveles del MSPAS	Niveles del MIS
Conducción del primer nivel	Dirección de Área de Salud	ECON
Gestor del primer nivel	Distrito de Salud	EAPAS
Ejecutor del primer nivel	Puesto de Salud	ECOS (ASC)

Las funciones de conducción asumidas por el ECON en el MIS, corresponden y pueden ser asumidas por el nivel de Dirección de Área de Salud (DAS), tomando en consideración que todos o varios de sus Distritos pueden implementar el MIS. La DAS debiera coordinar y articular los requerimientos del nivel central hacia el nivel operativo, a través de procesos de asistencia técnica que favorezcan la inclusión horizontal e integral de las acciones programáticas del MSPAS.

La conducción y el acompañamiento del primer nivel que realiza el EAPAS, corresponde y puede ser asumido por un equipo fortalecido

del Distrito de Salud. Esto implica una refuncionalización de las acciones distritales respecto al primer nivel de atención, e idealmente un fortalecimiento del segundo nivel de atención ubicado en los Centros de Salud respectivos.

El nivel operativo del MIS corresponde al nivel de los Puestos de Salud, desde donde se ejecutarían los tres programas (comunitario, familiar e individual). Para esto, sería necesaria una reconfiguración del Puesto de Salud, habiendo establecido la brecha de necesidades en cuanto a equipo, personal y su formación, con el fin de lograr la ejecución óptima del MIS. De igual manera, se tendría que realizar un diseño operativo acorde al planteamiento del MIS, especialmente en la distribución de sectores, la infraestructura necesaria y la asignación de recursos según características de la población a atender, su dispersión, vías de comunicación, entre otras.

El nivel central del MSPAS jugaría un papel fundamental en los aspectos técnico-normativos del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y los programas, así como en la asistencia técnica y administrativa para la infraestructura y el equipamiento. Desde el componente de personal, el nivel central jugaría un papel clave al facilitar la gestión y los procesos de formación necesarios y pertinentes para el personal a desempeñarse en las Áreas, Distritos y Puestos de Salud.

Desde el punto de vista administrativo financiero se deben mantener las normas del MSPAS. El sistema de información del MIS, requiere mejoras para adecuarse a los requerimientos técnicos informáticos del MSPAS. La DAS tendría que garantizar un equipo de asistencia técnica-informática para dar soporte al sistema de información automatizado, brindar acompañamiento para asegurar la calidad del dato y establecer medidas correctivas a tiem-

po, con el fin de lograr un flujo de información que acompañe las decisiones gerenciales y de vigilancia a nivel de la DAS, distritos y puesto de salud.

Los procesos de planificación y de programación deben ser el resultado de un trabajo coordinado entre los diferentes niveles del MSPAS, incluyendo dentro del Plan Operativo Anual los recursos y el personal necesario para la puesta en marcha y sostenibilidad del MIS. Las tareas de monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño deben quedar a cargo de los niveles más cercanos del primer nivel, por lo que destaca el papel del EAPAS desde el Distrito de Salud y el personal de la DAS.

D. Un cambio de enfoque en la gestión y formación del personal

El MIS desarrolla la gestión del personal basado en la selección de personal local, formación permanente y descentralizada específica para el modelo (EAPAS y ECOS), y acompañamiento en el trabajo. Esto tiene relevancia, dado que es necesario desarrollar lineamientos normativos por parte de Recursos Humanos del MSPAS para fortalecer este tipo de procesos y garantizar que los(as) trabajadores(as) del primer nivel sean personas de las propias comunidades, del municipio o del mismo pueblo indígena o grupo étnico. Con ello se facilita la pertinencia intercultural y la calidad de la atención, y se mejora la sostenibilidad técnica y social al permanecer en su puesto de trabajo por varios años.

Desde el punto de vista del contenido y la metodologías de formación de personal, los programas deben seguir superando los enfoques biologicista, reduccionista y focalizado de la salud. Se requiere el abordaje de concepciones más amplias para el entendimiento de múltiples modelos de salud, de la transdisci-

plina, los enfoques poblacionales e integrales, el trabajo en equipo y el polifuncionalismo, en un contexto de integración programática operativa. Asimismo, esta formación debe establecer las bases para una relación horizontal con la población, reconociendo su diversidad e inequidades genéricas y étnicas, entre otras. Especialmente dar cuenta de la dinámica de la población y la importancia de comprender sus lógicas de concebir y actuar sobre sus problemas, riesgos y condicionantes de la salud, en los niveles individuales, familiares y colectivos.

El aspecto más relevante es generar un nivel de compromiso basado en principios y valores, que tenga como eje la humanización del trabajo de la salud. Cabe destacar, la importancia que tienen la inducción del personal a todos los niveles y el acompañamiento cotidiano al trabajo que se realiza con énfasis en el “aprender haciendo”.

E. El costo del Modelo Incluyente en Salud y el debate por el financiamiento de la salud

El debate por el financiamiento del sistema de salud guatemalteco abarca el tema de elevar la cantidad y calidad del gasto público en salud. Los estudios de Cuentas Nacionales¹⁴ reportan un incremento sostenido del gasto en salud a expensas del gasto de bolsillo de los hogares que, por un lado, es altamente ineficiente al dirigirse a la curación (gastos hospitalarios, consultas, exámenes y medicamentos); y por otro es sumamente inequitativo para las familias con poca o nula capacidad de pago.

14 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. MSPAS (2005). Tercer Informe. Situación de la salud y su financiamiento, periodo 1999- 2003.

El MIS se plantea como una inversión de calidad debido a la sostenibilidad técnica y social lograda, así como por los resultados y beneficios obtenidos, constituyéndose en un modelo para atender efectivamente a la población.

Un resultado importante es haber logrado una inversión eficiente al reducir el gasto de bolsillo de las familias y contribuir a la mejora de su estado de salud, mediante la generación de importantes servicios de promoción y prevención, así como la provisión de una fuerte atención curativa sin barreras económicas, culturales o geográficas entre otras.

Los dos principales argumentos a favor de la inversión en el MIS son:

- El MIS genera resultados por arriba de los estándares nacionales y beneficios amplios de salud a la población.
- La inversión se distribuye principalmente en servicios finales (a través de los tres programas y de los equipos comunitarios de primer nivel con los que se atiende a la población), y servicios intermedios como capacitación, supervisión, logística, mantenimiento y vigilancia en salud (especialmente a cargo de los niveles distritales).

A partir de un estudio de costeo estándar, con base al desempeño del MIS en el 2007, se hizo una aproximación a la inversión per cápita del modelo en cada uno de los pilotajes. Los datos consignados en dicho estudio dan cuenta de una inversión per cápita de US\$27.24 para el pilotaje de SJO, mientras que para el de BC se estimaron US\$19.47. Ambas cifras resultan conservadoras si se toma en cuenta que los estándares nacionales según la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), deberían ser de

una inversión anual entre 30 a 40 dólares per cápita para los países de ingresos bajos y medios¹⁵.

Si bien en dicho estudio a tal estimación se le denomina *costo-per cápita*, ésta se debe considerar como una *inversión per cápita*, debido a que es un proyecto de implementación que ha requerido inversiones iniciales en diversos procesos como:

- Reuniones y procesos de formación vinculados a la implementación de normas.
- Elaboración y reproducción de documentos técnicos.
- Monitoreo, asistencia técnica y supervisiones con algún grado de flexibilidad cuando se modifica alguna norma de atención, del sistema de información o administrativa lo que deriva en combustible, alimentación y hospedaje en algunas ocasiones.
- Del monto total, 1.8% se invirtió en equipo, propiedad y planta que no se convierte en un gasto recurrente y por lo tanto no debería incluirse en el monto del per cápita.

En síntesis, las inversiones descritas decrecerían al estar plenamente establecidos los diferentes procesos de atención y gestión, y al contar con personal debidamente capacitado.

No obstante lo anterior, el costo de implementación del modelo incluyente de salud, como parte de una estrategia programática operativa institucional, será variable de acuerdo a las capacidades, recursos, infraestructura e insumos previamente existentes en los servicios

15 Monzón, Irene y Ricardo Valladares (2008) Estudio de costos del Modelo Incluyente en Salud, Informe Final. Guatemala: Proyecto "La construcción social del futuro de la salud", PNUD, IDRC. 50p.

de salud donde se vaya a realizar. Dependerá también de las características del contexto local relacionadas con el clima, la cantidad de población, dispersión de las familias, acceso y vías de comunicación, entre otros factores.

La implementación del MIS conlleva un aumento y reformulación del presupuesto en salud para las Direcciones de Área de Salud en las

que exista interés de implementarlo; al mismo tiempo, asegura una cobertura efectiva del primer nivel, como la base para el desarrollo de el segundo y tercer niveles de atención. Esto conllevaría una toma de decisión importante a nivel de la política de salud, y posteriormente, la necesidad de hacer negociaciones al interior del MSPAS, con el Ministerio de Finanzas y el Congreso de la República.

IX. La búsqueda de una nueva salud pública

El desarrollo teórico del Modelo Inuyente en Salud (MIS) se sustenta en una visión que va más allá del primer nivel de atención y ha contribuido a delinear una propuesta de imagen objetivo de un sistema de salud público e incluyente para el país. Esta imagen objetivo de sistema, se fundamenta en las mismas perspectivas, marco teórico y metodológico, diseño programático y modelo organizacional que el MIS, y se añade otra serie de elementos básicos y complementarios a considerar para un sistema de salud en su conjunto.

El MIS aporta a la mejora del sistema de salud público nacional en las siguientes líneas de trabajo, que son complementarias entre sí:

- **La consideración y puesta en marcha de la articulación de diferentes modelos de atención presentes en la sociedad y en sus instituciones.** El modelo biomédico debe ser complementado y enriquecido con modelos alternativos subordinados como el maya-popular y el modelo de autoatención. Explicitar estos modelos como parte del sistema de salud permite mantener acciones dirigidas a favorecer su inclusión, salvando las dificultades históricas de falta de acercamiento y acceso cultural de la población al sistema, así como la discriminación en los servicios contra las capacidades y potencialidades de la población en el campo de la salud.
- **La intervención en el plano comunitario, familiar e individual es aplicable a los tres niveles de atención, potenciando la pertinencia y humanización de la atención.** Asimismo, abre la posibilidad de aplicar la integralidad de la atención desde la perspectiva de los 4 tipos de intervención en salud pública –la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud– que son aplicables a los tres niveles de atención.
- **La complementación de los enfoques epidemiológicos de riesgo y poblacional, equilibrando la atención a las personas, familias y comunidades.** Ello permite apartarse de las visiones polares por la atención individual o la poblacional, integrándolas a ambas e incorporando la atención familiar, para hacer viables la normativa de los programas y prioridades del MSPAS.
- **La horizontalización, integralidad y continuidad en la atención intra y extramuros es uno de los aportes más importantes para el sistema de salud.** Resulta importante distanciarse de la salud pública nacional que se caracteriza por un primer nivel de atención que opera a través de acciones verticales de programas, las intervenciones intramuros, las acciones puntuales de recuperación de coberturas (ejemplo las campañas de vacunación) y la atención periódica que oferta un paquete básico de salud.
- **La integralidad y universalización de los servicios frente al énfasis materno-infantil y su focalización en la población, es parte central del debate por una nueva salud pública en el país.** El MIS ha demostrado en la práctica, que la reducción de indica-

dores de impacto y de proceso en la lucha por reducir la muerte infantil y materna no riñen con la atención integral a todos los ciclos de vida y su universalización a toda la población. Incluso, pareciera que estos últimos son el mejor medio para alcanzar a los primeros.

De la misma manera, la integralidad y universalización de la atención parece ser más coherente con las tendencias epidemiológicas nacionales marcadas por un aumento sostenido de las enfermedades crónicas y degenerativas como la diabetes, el cáncer y los padecimientos cardiovasculares. El trabajo sobre estos problemas requiere de medidas sanitarias de promoción y prevención que le competen al primer nivel. Un modelo que no enfatice este tipo de acciones, genera la desatención a un cúmulo de problemas sanitarios que, si en el presente son ya difíciles de manejar por los servicios de salud, en el futuro se constituirán en una crisis sanitaria alarmante cuyos impactos en la población no se pueden estimar.

- **La priorización de una política de recurso humano que acompaña el proceso de desarrollo de modelos de atención es una tarea pendiente a nivel nacional.** El MIS logró resultados exitosos en este aspecto. El desarrollo técnico del personal local, tanto de ECOS como de EAPAS; la descentralización para su formación; la inversión de recursos para el acompañamiento de su desempeño en el campo; y su ubicación laboral idónea de acuerdo a las expectativas profesionales, son aspectos importantes a considerar en la formulación de una política de recursos humanos a nivel nacional y en apoyo al desarrollo de una cartera de servicios por niveles de intervención.
- **Romper la tendencia ineficiente e ineficaz del financiamiento de la salud resulta crucial para las siguientes décadas.** El MIS significa inversión de calidad y tiene repercusiones directas en la eficiencia y eficacia del gasto en salud. En la actualidad el financiamiento de la salud en el país es principalmente privado (79.7% del total del gasto); y, de éste, la mayor parte es gasto de bolsillo de los hogares (91.89% del gasto privado). El financiamiento público en salud permanece bajo, así como el proveniente de la cooperación internacional. El gasto de bolsillo de las familias impacta negativamente en la economía familiar. Un modelo de atención como el MIS implica aumento del gasto en salud dirigido al primer nivel y reduce el gasto de bolsillo de las familias, al asegurar una cobertura y acceso efectivos a los servicios y atención que se brinda. El MIS tiene un efecto preventivo y de promoción, así como de curación y rehabilitación, superior al gasto de bolsillo de los hogares que en áreas rurales se dirige al gasto en medicamentos en un 72.67%.¹⁶
- **Modelos de atención efectivos justifican el aumento y una mejor inversión en salud.** Esto resulta radicalmente importante dado que el necesario aumento del gasto público en salud, debe darse con base a modelos de atención que aseguren que la inversión llegará a las comunidades más necesitadas. Un estudio de costeo del MIS (Monzón y Valladares, 2008) llegó a la conclusión que el modelo significa “una inversión con resultados” por los siguientes motivos:

16 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. MSPAS (2005). Tercer Informe. Situación de la salud y su financiamiento, periodo 1999- 2003.

- Se logra una tasa de retorno en el corto plazo
- Nadie está excluido de la atención
- La atención es brindada por personal calificado
- Las coberturas son ciertas, efectivas y documentadas
- Los resultados exceden las metas mínimas del Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS
- El costo del MIS es razonable, se gasta localmente y se dirige a garantizar una atención de buena calidad

De acuerdo a este estudio, el MIS es una respuesta integrada, bien administrada y con resultados comprobados, cuyo costo es proporcional al nivel de calidad y cobertura de servicios planteados dentro de un sistema de atención incluyente. El costo del MIS es compatible con estimaciones internacionales.

Fuentes consultadas

Publicaciones

Verdugo, JC et al. (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Medicus Mundi Navarra, Gobierno de Navarra, Friedrich Ebert Stiftung. 196p.

MSPAS (2005) Tercer informe. Situación de la salud y su financiamiento, periodo 1999-2003. 46p.

Organización Panamericana de la Salud (1995) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. revisión. Washington: OPS/OMS. 3 v. (Publicación científica: 554).

Organización Mundial de la Salud (2004) La Salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. www.who.int/mdg

Organización Internacional del Trabajo (1989) Convenio 169: Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

Congreso de la República de Guatemala (1997) Código de Salud, Decreto No. 90-97.

Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, suscrito en la Ciudad de México el 6 de mayo de 1996.

Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, suscrito en la Ciudad de México el 31 de marzo de 1995.

Informes de consultoría

Oliva Herrera, Velia y Marta Lidia Ajú (2008) Sistematización del Modelo Incluyente en Salud, Informe Final. Guatemala: Proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, AED. 166p.

Monzón, Irene y Ricardo Valladares (2008) Estudio de costos del Modelo Incluyente en Salud, Informe Final. Guatemala: Proyecto “La construcción social del futuro de la salud”, PNUD, IDRC. 50p.

Documentos internos del Proyecto de Implementación

- Actividades específicas a desarrollar en 2007, para cada miembro del EAPAS según su puesto. Febrero, 2007.
- Análisis de situación de salud. Diciembre, 2007.
- Autopsia verbal en menores de 5 años. 2007.
- Circular de género e interculturalidad. Marzo, 2007.
- Consolidado de seguimiento para niñas y niños desnutridos.
- Cronograma de formación permanente para EAPAS. 2007.
- Cronograma de formación permanente para ECOS. 2007.
- Datos fijos de población 2008, para el pilotaje de Boca Costa Sololá.

- Datos fijos de población 2008, para el pilotaje de San Juan Ostuncalco.
- Diseño programático y sus prioridades. Julio, 2003.
- Dispensarización, hacia un primer nivel de atención incluyente. Marzo, 2005. (Juan Carlos Verdugo)
- Documento de sistematización de formación continua de ASC.
- Estadística de enfermedades tradicionales y populares captadas en la atención de las Casas de Salud Comunitaria del Proyecto de Implementación. 2004-2005. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Estrategia para la solución de problemas e implementación de BRES. Diciembre, 2007.
- Evaluación de las normas de género específicas para la oficina de San Lucas. Marzo, 2007.
- Ficha Clínica 2006
- Ficha Clínica 2008
- Ficha Familiar
- Formato de Consolidado de personas con alto riesgo (excepto embarazadas y desnutridos).
- Formato de Consolidado de seguimiento para embarazo, puerperio y recién nacido.
- Formato de Reporte mensual de morbilidad prioritaria (primeras consultas).
- Formato de reporte mensual para indicadores relacionados con Plan de Emergencia Familiar en familias con embarazadas en noveno mes.
- Formato de solicitud de medicina de la Casa de Salud Comunitaria.
- Formato del Reporte mensual de producción mensual de medico/a y enfermera/o del PIAS.
- Formatos de informe de atención integral a comunidades de difícil acceso.
- Formatos de informe de presentación de sala situacional por sector.
- Formatos de informes mensuales.
- Formatos de manejo de medicamentos.
- Formatos de sala situacional. Noviembre, 2007.
- Formatos de seguimiento a casos especiales.
- Funciones generales de cada EAPAS responsable de sector, 7 de febrero de 2007.
- Funciones y responsabilidades de las/los integrantes del EAPAS para el año 2008. Febrero, 2008.
- Guía AIEPI: de 1 semana a menor de 2 meses.
- Guía AIEPI: de dos meses a 5 años.
- Guía de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años por los Agentes de Salud Comunitaria en las Casas de Salud Comunitaria. Mayo, 2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Guía de acción y seguimiento de violencia.
- Guía de cotejo reformulada a partir de la caracterización de género. Septiembre, 2007.
- Guía de evaluación de la perspectiva de género en el Proyecto de Implementación. 2007
- Guía de lenguaje y acciones incluyentes desde la perspectiva de género.
- Guía de monitoreo y supervisión de la consulta de agentes de salud comunitaria en las casas de salud comunitarias.

- Guía para un lenguaje y acciones desde la perspectiva de interculturalidad.
- Hoja ayuda para la integralidad de la consulta de hombres y anexo. Febrero, 2008.
- Hoja ayuda para la integralidad de la consulta de menores de dos meses (recién nacido y lactante) y anexo. Febrero, 2008
- Hoja ayuda para la integralidad de la consulta del adulto mayor (hombre o mujer de 50 años y mas). Febrero, 2008.
- Hoja de Códigos para la Ficha Clínica. Junio, 2006.
- Hoja de referencia.
- Hoja de respuesta.
- Hoja de riesgos.
- Hola individual para la evaluación del desempeño de ASC en el Programa Familiar durante el año 2007.
- Hoja informativa 1, Violencia Intrafamiliar.
- Hoja informativa 2, Alcoholismo.
- Impresiones socioculturales, Clínica Maxeña, San Juan Ostuncalco, 2007. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Indicadores de género vigentes a partir de agosto de 2007.
- Informe diagnostico de terapeutas del Pilotaje de San Juan Ostuncalco. 2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Informe diagnostico de terapeutas mayas del Pilotaje de Boca Costa Sololá. 2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Informe Técnico del Programa de Atención en salud PIAS. Diciembre, 2004. (José Luis Albizú)
- Informe técnico del Programa Familiar de Salud. Septiembre, 2006. (Lidia Morales)
- Informe técnico del trabajo del censo y línea basal de la implementación de la propuesta. Marzo, 2005. (Meredith Fort)
- Informes del Proyecto de Implementación del Modelo Incluyente en Salud para las agencias donantes.
- Instructivo de la Ficha Clínica. Abril, 2008
- Instructivo de la Ficha Clínica. Junio, 2006.
- Instrumento de investigación de mortalidad de mujeres en edad fértil. 2008.
- Instrumento de investigación de mortalidad en personas de 5 y mas años. 2008.
- Instrumento de investigación de muertes en menores de 5 años. 2008
- Instrumento de programación mensual y seguimiento de metas por sector. Junio, 2007.
- Instrumento de verificación de competencias en la Visita Familiar Integral.
- Instrumento abreviado de 14 competencias para la supervisión de visitas integrales de PFAS. Febrero, 2006.
- Lineamientos y normas para la investigación de muertes. Febrero, 2008
- Lineamientos, estrategias y tácticas operativas para el año 2008. Febrero, 2008.
- Listado de CIE 10 y otros códigos para uso en atención clínica. Mayo, 2006.
- Listado de códigos internos para el llenado de Ficha Clínica. Abril, 2008
- Listado de códigos internos para el llenado de Ficha Clínica. Mayo, 2006.

- Marco lógico del proyecto “Implementación de un sistema de atención primaria en salud de Primer Nivel en tres Distritos, con carácter piloto” ONG/PVD/2003/062-816
- Manual integrado de capacitación y consejería para Agentes de Salud Comunitaria, PFAS. Febrero, 2006.
- Manual de apoyo a la perspectiva de género (tomado y modificado del Manual integrado de apoyo al PFAS en preparación y actualizado con los resultados de la consultoría de género). Julio, 2006.
- Memoria del taller de ASIS 2007. Diciembre, 2007.
- Mini manual de funciones de la Comisión del Plan de Emergencia Comunitario.
- Modelo Incluyente en Salud, Resumen Ejecutivo. Julio, 2008.
- Normas de género específicas para la oficina de San Lucas. Marzo, 2007.
- Normas para el impulso de tácticas operativas. Enero, 2007.
- Perfil resolutivo de ASC y EAPAS en caso de referencia que se origina a partir del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS). Agosto, 2005. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Plan básico de la estrategia de Coordinación en Paralelo.
- Guías de acción y seguimiento a riesgos encontrados en visita familiar.
- Plan de emergencia comunitario 2006-2007.
- Plan de Emergencia Familiar.
- Plan general de la formación permanente de ASC, Programa Individual de Atención en Salud (PIAS). 2005-2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Plan operativo anual 2006.
- Plan operativo anual 2007.
- Plan operativo anual 2008.
- Plantas medicinales en guías, huertos y comunidades de pilotajes. Julio, 2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Programa Familiar de Salud. Guías y materiales de apoyo para la visita familiar (modificado). 2006.
- Programa Comunitario de Salud, resultados y actividades. Febrero, 2006.
- Propuesta general para la guía de trabajo y fortalecimiento de competencias de las/ los responsables de sector. Junio, 2007
- Protocolos de vigilancia epidemiológica sociocultural: Enfermedades tradicionales y populares, mayo 2006. (Anabella Florinda Pérez Consuegra)
- Proyecto para la automatización del sistema de salud “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” informe de trabajo mayo 2004-septiembre 2007. (Karina Siguil)
- Resumen de indicadores de género. 2007.
- Ruta de recolección de datos y análisis de la información, en la investigación de muertes. Febrero, 2008.

Presentaciones de diapositivas del Proyecto de Implementación

- Análisis de Situación de Salud, ASIS 2007 Información de salud-enfermedad en la Boca Costa, Sololá y San Juan Ostuncalco.
- Avances en la implementación de la perspectiva de género del proyecto Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en Tres Distritos con Carácter Piloto. Noviembre, 2007. (Lidia Morales)
- Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, perspectiva de la interculturalidad. Marzo, 2007.
- Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente.
- Información del Pilotaje de Boca Costa realizado. Febrero, 2008. (Mario Rivera)
- Información del Pilotaje en San Juan Ostuncalco Quetzaltenango. 2008. (Moisés Rosales y EAPAS)
- Interculturalidad. 2007.
- Sistema de Información (SI) y Vigilancia de la Salud (VS), 29 de abril de 2008. (Lucrecia Hernández Mack)



Este libro fue impreso en los talleres gráficos de Serviprensa, S.A. en el mes de agosto de 2008. La edición consta de 1,000 ejemplares en papel bond 80 gramos.



Equipo del proyecto piloto de Bocca Costa, Sobolá



Equipo del proyecto piloto de San Juan Ostuncalcó, Quetzaltenango



Equipo de Conducción, San Lucas, Sacatepéquez



Ayuntamiento de Zizur Mayor



Ayuntamiento de Tudela



Organizaciones de la Instancia Nacional de Salud



Guatemala: medicusmundi.guate@gmail.com
 Tel.: 502 7830 8557
 España: navarra@medicusmundi.es
 Tel.: 034 948 131537