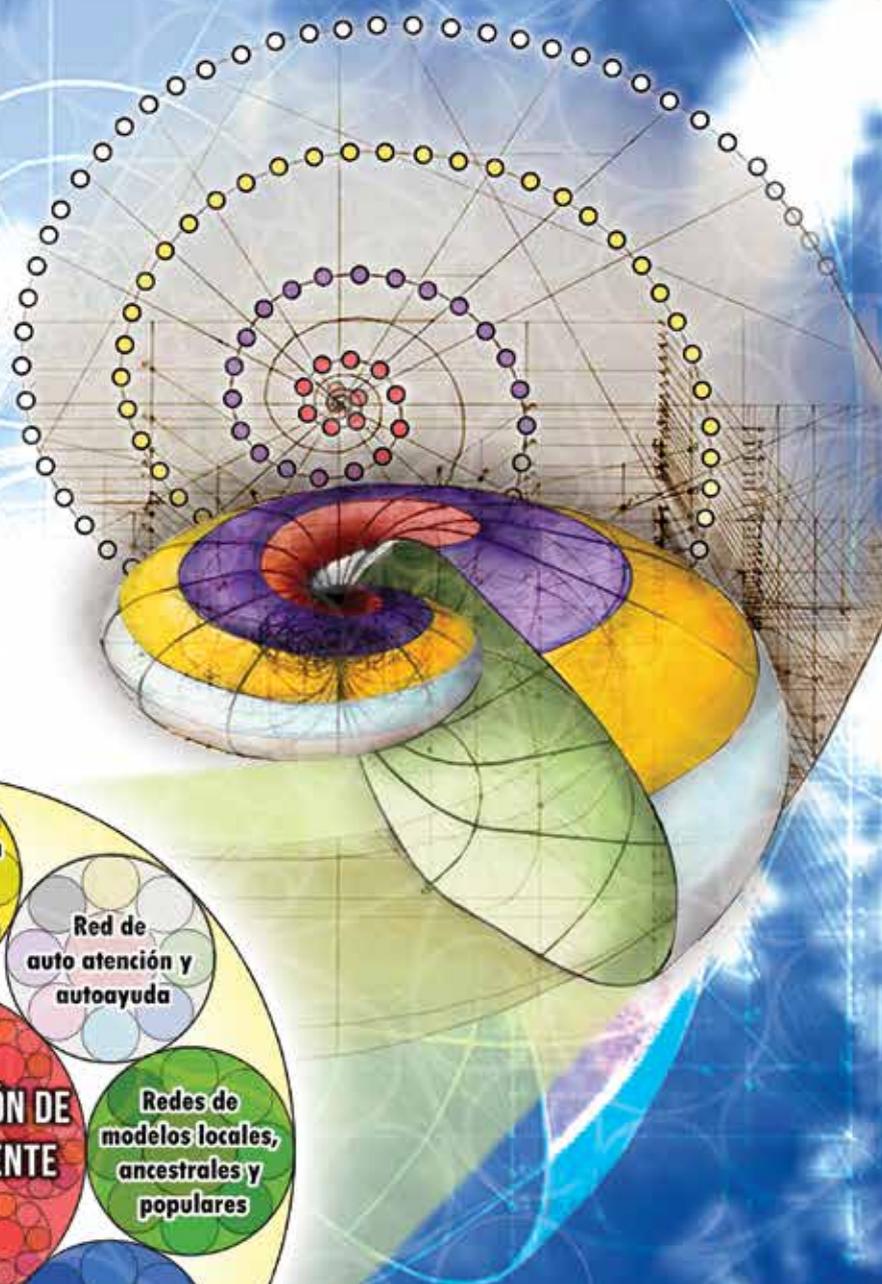
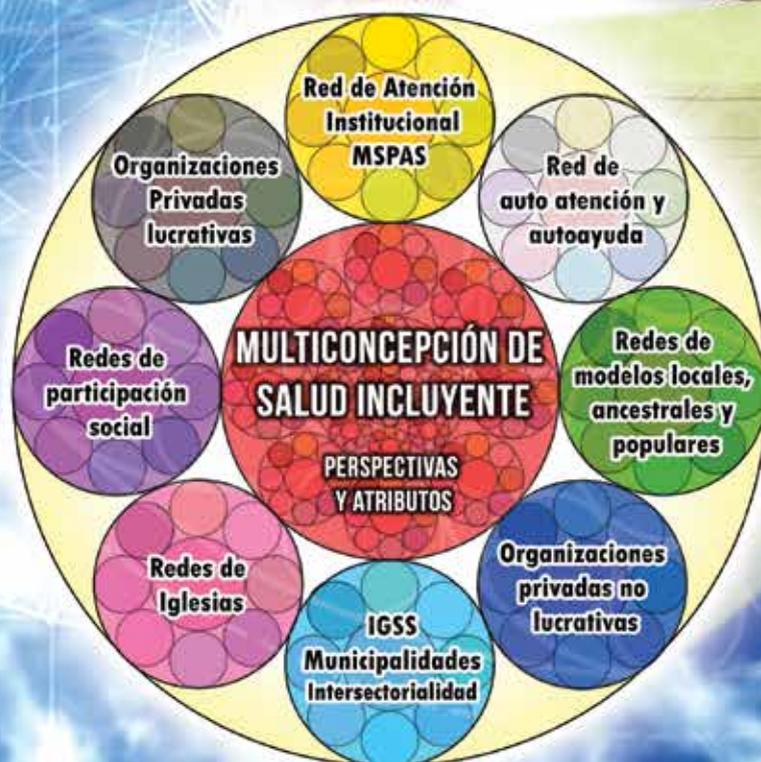


# HACIA UN SISTEMA PÚBLICO INTEGRAL E INCLUYENTE DE SALUD

**Reconceptualización y Lineamientos Técnicos de la Red de Atención en Salud**

**La Concepción de la Espiral**



INSTITUTO DE SALUD INCLUYENTE

**Hacia un sistema público integral e incluyente de salud**

**Reconceptualización y lineamientos técnicos de  
la red de atención en salud, la concepción  
de la espiral.**

Guatemala 2020-2025

**Serie: Hacia una reforma de salud integral e incluyente**

Guatemala, mayo 2018

Hacia un sistema público integral e incluyente de salud  
Reconceptualización y lineamientos técnicos de la red de atención en salud,  
la concepción de la espiral.  
Serie: Hacia una reforma de salud integral e incluyente

ISBN: 978-9929-738-92-8

**Elaborado por**

Instituto de Salud Incluyente – ISIS  
Edición: mayo 2018.

**Coordinación**

Lidia Morales  
Juan Carlos Verdugo

**Investigación y redacción**

Juan Carlos Verdugo  
Cristian Osorio  
Gustavo Molina  
Juana Milián  
Carmen Arriaga  
Zully Hernández  
Raquel Díaz  
Donato Camey  
Karina Sanabria  
Gustavo Estrada

**Diseño y Portada:** María Larissa Verdugo Rivas

El movimiento cromático es generador de energía. Este, vinculado con la geometría sagrada, conforma un aspecto fundamental de lucha y voluntad por alcanzar un orden armónico entre la vida y la naturaleza.

*Esta publicación fue elaborada con el apoyo del Gobierno de Navarra, Ayuntamientos de Zaragoza y Madrid y Medicus Mundi. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Instituto de Salud Incluyente y sus autores(as). Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente.*

**Diagramación e impresión**

Serviprensa, S. A.  
Primera Edición  
Guatemala 2018

**Para más información comunicarse a**

Instituto de Salud Incluyente (ISIS)  
Km. 30.1 Carretera hacia Antigua Guatemala. Condominio Los Cipreses, Casa 1A  
Teléfono: 502 40126778  
Correo electrónico: [secretaria@isis.org.gt](mailto:secretaria@isis.org.gt)





# PRESENTACIÓN

El presente documento titulado *Hacia un sistema público integral e incluyente de salud* contiene la reconceptualización y lineamientos técnicos de la red de atención en salud para Guatemala.

Es la primera publicación de la serie *Hacia una reforma de salud integral e incluyente* del Instituto de Salud Incluyente (ISIS), que está dirigida a incidir en la transformación del sistema de salud y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con el fin de garantizar el acceso público universal y el derecho humano a la salud para toda la población guatemalteca.

ISIS, es un instituto dedicado a la investigación, formación e intervenciones innovadoras en los campos de la política y sistemas de salud, modelos de atención, sistemas de información, interculturalidad, género y ambiente. El equipo de investigación tiene una experiencia de más de 20 años a partir del diseño, validación e implementación del Modelo Incluyente de Salud (MIS). Dicha experiencia ha apuntado a la incidencia en política pública a través de procesos de transferencia tecnológica a equipos del MSPAS. Sus principios y valores parten de considerar la salud como un derecho humano así como de un fuerte compromiso con la justicia social.

Esta publicación viene a llenar un vacío con relación a la ausencia de propuestas que planteen soluciones a la crítica situación histórica que atraviesa el MSPAS y por ende el sistema de salud. Las necesidades y problemáticas de salud de la población son cada vez más complejas y se carece de una respuesta institucional acorde al nivel de exigencia que se requiere. De hecho, en el marco de la política pública de salud, no existe

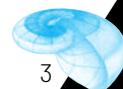
una proyección del desarrollo integral de la red de atención en el corto, mediano y largo plazo.

La reconceptualización de la red de atención en salud pretende sentar las bases para una visión a largo plazo que sirva de guía para el desarrollo de la red de atención, superando la estructura organizativa por niveles de atención, y fortaleciendo la atención en salud integral e incluyente. Es una primera fase de formulación que debe ser complementada posteriormente.

La reconceptualización se fundamenta en perspectivas y atributos donde el derecho humano a la salud es el eje principal. El marco teórico en el que se sustenta es la reproducción social, la complejidad y la transdisciplinariedad, por lo que es una ruptura con la concepción biomédica y de multicausalidad predominantes en salud pública.

Establece una condición de pertinencia y coordinación con otros modelos de salud, especialmente los de origen ancestral y popular, así como con el modelo de autoatención de las personas, familias y comunidades. Tiene un énfasis en el derecho de los pueblos y en la defensa del territorio, desde la premisa que la Madre Naturaleza es el escenario vivo con el cual nos relacionamos.

La estructura organizativa que se propone está basada en la gestión por procesos y establece una forma de operación que, en su conjunto, requerirá cambios legales, de normativas y un progresivo aumento del financiamiento; con una mirada integral del desarrollo institucional en sus dimensiones de gestión, administrativa, de recurso humano, entre otras.



Se proponen cuatro macroprocesos para las redes de atención en salud, que son: el de rectoría estratégica y gobernanza democrática (REGOD), el de atención y regulación en salud (ARES), el de gestión y soporte (GESE), y el de gestión de la calidad (GEA).

Se establecen como macroproceso sustantivo el de atención y regulación en salud (ARES), el cual a su vez está conformado por dos procesos: el de atención y vigilancia en salud integral e incluyente; y el de regulación, vigilancia y control de la salud.

Esta publicación hace un recorrido general al conjunto de macroprocesos propuestos con énfasis en el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente. Actualmente se trabaja en una investigación para hacer una propuesta sobre el proceso de regulación, vigilancia y control de la salud.

Finalmente, se le denomina la *Espiral de la Salud* a la propuesta de trabajo estratégica de ISIS, la cual busca contribuir a la transformación del sistema de salud guatemalteco. Se espera con estas bases teóricas, metodológicas y operativas, se aporte al debate desde una perspectiva de sociedad civil y a la mejora de la política pública, en particular a los procesos de planificación. Ello en la línea de concretar progresivamente planes maestros para la red de atención en salud institucional del MSPAS.

Se ha elegido al caracol para esta serie de publicaciones, por representar el nacimiento y el desarrollo de la espiral de la vida y de la salud. Desarrollo en ciclos, que deben progresar en octavas superiores hasta lograr el anhelo de la justicia social y el cumplimiento del derecho humano a la salud.





# AGRADECIMIENTO

La reconceptualización y lineamientos técnicos de la red de atención en salud para Guatemala ha sido posible gracias al trabajo, colaboración y apoyo de quienes, al igual que el equipo del Instituto de Salud Incluyente, consideran indispensable continuar luchando sin descanso por el cumplimiento del derecho a la salud para toda la población guatemalteca.

Esta propuesta forma parte del esfuerzo histórico realizado por personas, organizaciones e instituciones que, por misión, buena voluntad y compromiso, sean dedicado a entretener por caminos de saberes y prácticas, provenientes de muchas cosmovisiones, la realización de la salud y la vida de los pueblos.

Damos pues el reconocimiento y nuestra gratitud a las personas, familias y comunidades de los Distritos de Salud que han sido receptivos y participativos en la construcción del Modelo Incluyente de Salud, por más de dos décadas. A los y las trabajadores (as) del MSPAS, que conocen y aplican en sus actividades cotidianas

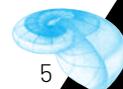
las perspectivas de derecho a la salud, género pertinencia intercultural y el respeto a la madre naturaleza, haciendo posible que existan hoy día poblaciones con acceso a una atención de calidad. Agradecemos también a los equipos de las dependencias del MSPAS de los niveles técnico-normativo y central que han trabajado por la salud y colaborado con su experiencia en la construcción de nuevos caminos.

Un agradecimiento especial al equipo de Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid, porque desde la distancia, se hacen sentir con su compromiso y esfuerzo cotidiano por la salud en muchos países del mundo. También gratitud a organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación por su aporte técnico y financiero, a este trabajo.

Por último, agradecemos a todas aquellas guatemaltecas y guatemaltecos que desde sus espacios e iniciativas construyen un mejor país, luchan por la justicia social y por una salud más humana y solidaria.

*ilxtoh, lxcanil, lxcacau, vosotras las que coséis el maíz; y tú chajal, guardián de la comida de Hunbatz y Hunchouén!, dijo la muchacha. Y a continuación cogió las barbas, los pelos rojos de la mazorca y los arrancó sin cortar la mazorca. Luego los arregló en la red como mazorcas de maíz y la gran red se llenó completamente.*

*Popol Vuh*

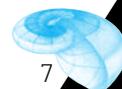






# ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
ARES	Atención y regulación en salud
ATOL	Agenda Técnica Operativa Local
AVI	Atención y Vigilancia en Salud Integral e Incluyente
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIMI	Centro de atención integral materno-infantil
CAP	Centro de atención permanente
CS	Centro de Salud
CSA	Centro de Salud Ampliado
ECOS	Equipos comunitarios de salud
GEA	Gestión de la calidad
GESE	Gestión y soporte
HD	Hospital Departamental
HN	Hospital Nacional
HP	Horizontalización programática
HR	Hospital Regional
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
MEC	Gestión de mejoramiento continuo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MUSA	Multiconcepción incluyente de salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sustentables
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PS	Puesto de salud
RAS	Red de Atención en Salud
RASI	Red de Atención en Salud Institucional
REGOD	Gestión de rectoría estratégica y gobernanza democrática
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAPIA	Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

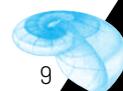




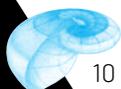


# LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Pensamientos y valores.....	41
Cuadro 2 Categorización y definición de los procesos de la red de atención en salud .....	62
Cuadro 3 Normas principales para la definición de los macroprocesos de la red de atención en salud institucional .....	64
Cuadro 4 Macroprocesos de organización en la RASI .....	65
Cuadro 5 Elementos clave de la lógica de la profesionalización-especialización y de la colaboración-matricular .....	76
Cuadro 6 Problemáticas de la organización en niveles de atención (1) .....	81
Cuadro 7 Problemáticas de la organización en niveles de atención (2) .....	82
Cuadro 8 Características diferenciales de un sistema organizado en niveles y de la Red de Atención en Salud Institucional (1) .....	86
Cuadro 9 Características diferenciales de un sistema organizado en niveles y de la Red de Atención en Salud Institucional (2) .....	86
Cuadro 10 Resultados del Programa Comunitario (1).....	94
Cuadro 11 Resultados del Programa Comunitario (2).....	95
Cuadro 12 Resultados del Programa Comunitario (3) .....	96
Cuadro 13 Resultados del Programa Comunitario (3).....	97
Cuadro 14 Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional .....	98
Cuadro 15 Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica .....	99
Cuadro 16 Resultados del Programa Familiar .....	106
Cuadro 17 Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional .....	108
Cuadro 18 Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica .....	109
Cuadro 19 Resultados del programa individual de atención en salud .....	115
Cuadro 20 Resultados del programa individual de atención en salud .....	116



Cuadro 21 Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional.....	117
Cuadro 22 Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica .....	118
Cuadro 23 Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente .....	124
Cuadro 24 Bases para el Ordenamiento territorial de la Red de Atención en Salud Institucional.....	129
Cuadro 25 Redes distritales distribuidas por número de población para el cálculo aproximado de Distritos Municipales de Salud que se corresponden a Municipalidades. ....	136
Cuadro 26 Velocidades mínimas y máximas por tipo de carretera y recubrimiento .....	137
Cuadro 27 Velocidades mínimas y máximas por tipo de viabilidad. ....	137
Cuadro 28 Velocidades mínimas y máximas por tipo de viabilidad en caminos rurales. ....	137
Cuadro 29 Cuadro Resumen Ordenamiento de las Redes de Atención en Salud por equipo, ámbito y sede de trabajo .....	138
Cuadro 30 Categorías profesionales para el Centro de Salud Ampliado.....	145
Cuadro 31 Equipos integrales de unidad de atención integral por ciclo de vida para servicios de internamiento hospitalario en trabajo multidisciplinar. ....	147
Cuadro 32 Equipos integrales de unidad de atención integral por ciclo de vida para servicios de internamiento intensivo en trabajo multidisciplinar. ....	148
Cuadro 33 Ejemplo de Equipos Integrales de unidad de atención de urgencias. ....	148
Cuadro 34 Conformación de equipos consultor mínimo en Hospital tipo I .....	148
Cuadro 35 Conformación de equipos consultor mínimo en Hospital tipo II .....	149
Cuadro 36 Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud Ampliado .....	151
Cuadro 37 Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud .....	153





# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Atributos de las redes de atención en salud .....	26
Figura 2 Paradigmas del campo de la salud y la multiconcepción de la salud .....	37
Figura 3 La relación entre reproducción social y el proceso salud enfermedad: Proceso de producción, consumo y sociocultural. ....	46
Figura 4 Niveles de Análisis Acción de la Reproducción Social .....	49
Figura 5 Imagen de red relacionando al sistema de salud y al proceso salud enfermedad, con los procesos de reproducción social .....	52
Figura 6 Imagen hologramática de la red fractal de salud.....	53
Figura 7 Mapa de componentes de las Redes de Atención en Salud .....	57
Figura 8 Redes de Atención en Salud Institucional .....	60
Figura 9 Mapa de procesos del modelo de gestión de la red de atención institucional .....	63
Figura 10 Bases fundantes del proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente. ....	72
Figura 11 Horizontalización programática .....	73
Figura 12 Dimensiones del trabajo matricial .....	77
Figura 13 Organización oficial de los servicios del MSPAS .....	79
Figura 14 Realidad de los servicios del MSPAS .....	80
Figura 15 Territorio de salud y su división por sectores .....	130
Figura 16 Red distrital pequeña.....	131
Figura 17 Redes interdistritales de salud .....	132
Figura 18 Red Distrital Mediana .....	133
Figura 19 Red Distrital Grande .....	134
Figura 20 Red de Área de Salud .....	135
Figura 21 Red de Atención en Salud Institucional .....	138
Figura 22 Capacidad resolutive por punto de atención, costos y estructura organizativa en cada uno de los niveles de agregación territorial. ....	141

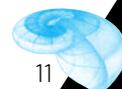


Figura 23 Equipos de atención en los diferentes puntos de la red y su relación con la continuidad y longitudinalidad ..... 142

Figura 24 Equipo comunitario de atención integral de salud y su área de trabajo a nivel de sector ... 142

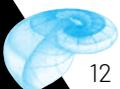
Figura 25 Equipo de apoyo de atención en salud y su área de trabajo a nivel de territorio. .... 143

Figura 26 Equipo de atención integral adscrito a una red local con infraestructura intramuros en Centro de Salud. .... 144

Figura 27 Equipo de atención integral adscrito a una red interdistrital con infraestructura intramuros en Centro de Salud Ampliado (CSA) ..... 144

Figura 28 Procesos de formación estratégica en la red de atención institucional ..... 151

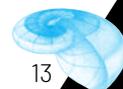
Figura 29 La espiral de la salud ..... 168





# ÍNDICE

Presentación .....	3
Agradecimiento .....	5
Abreviaturas y siglas .....	7
Lista de cuadros .....	9
Lista de figuras .....	11
Introducción .....	17
<b>CAPÍTULO I</b>	
Justificación .....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
Perspectivas y atributos .....	23
A. Perspectivas .....	23
1. El Derecho Humano a la Salud .....	23
2. La Pertinencia Intercultural .....	24
3. La Equidad de Género .....	25
4. La Armonía con el Ambiente o Madre Naturaleza.....	25
B. Atributos .....	26
1. Pertinencia intercultural en salud .....	26
2. Equidad de género en salud .....	27
3. La armonía con el ambiente o Madre Naturaleza .....	28
4. Equidad .....	29
5. Atención integral e integrada .....	29
6. Acceso y cobertura .....	30
7. Eficacia y eficiencia .....	30
8. Calidad .....	31
9. Sostenibilidad financiera .....	31
10. Densidad tecnológica apropiada .....	32
11. Satisfacción .....	32
12. Intersectorialidad y participación social .....	33
13. Transparencia .....	34
<b>CAPÍTULO III</b>	
Innovando la salud pública desde la multiconcepción incluyente de salud .....	35
A. Multiconcepción incluyente de salud (MUSA) .....	35
B. Multiconcepción incluyente de salud y sus implicaciones para la salud pública.....	40
1. Cambio de pensamientos y valores .....	40



2. Una epistemología en salud abierta y en diálogo, en construcción .....	41
3. La complejidad epidemiológica socio cultural .....	41
4. La unidad de la salud pública, dentro de la diversidad de concepciones y acciones .....	42
5. La necesidad de articular esfuerzos organizacionales e institucionales para garantizar el derecho y el acceso público a la salud .....	43
6. Los enfoques transversales .....	43
7. Una nueva relación con el ambiente o Madre Naturaleza.....	43

#### **CAPÍTULO IV**

La reproducción social, complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud .....	45
A. Reproducción Social .....	45
B. Complejidad y la transdisciplinariedad .....	50

#### **CAPÍTULO V**

Modelos y redes de atención en salud .....	55
A. Modelo de atención en salud .....	55

#### **CAPÍTULO VI**

Redes de atención en salud (Ras): las redes de atención en salud institucionales (Rasi) y su modelo de gestión por procesos .....	61
A. Modelo de gestión para la Red de Atención en Salud: gestión por procesos de la RASI.....	61
B. Macroprocesos de la Red de Atención en Salud Institucional (RASI) .....	65

#### **CAPÍTULO VII**

Rectoría estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD) .....	67
A. Procesos y subprocesos .....	67
1. Formulación y conducción política .....	68
2. Planificación .....	68
3. Comunicación estratégica .....	69
4. Rendición de cuentas .....	70

#### **CAPÍTULO VIII**

Atención y regulación en salud: Atención y Vigilancia en Salud Integral e Incluyente (AVI) .....	71
A. Definición del AVI .....	71
B. Objetivo Estratégico del AVI .....	72
C. Bases fundantes del AVI .....	72
1. Horizontalización programática .....	73
2. Continuidad y longitudinalidad .....	74
3. Transdisciplinariedad .....	75
4. Intersectorialidad .....	77



D. Reestructuración de la red de atención institucional .....	78
1. Problemática de la actual estructura organizativa de los servicios de salud del MSPAS. ...	78
2. Implicaciones de la propuesta de reestructuración en redes de atención en salud institucional. ....	83
3. Elementos diferenciales de la Red de Atención en Salud Institucional .....	85
<b>CAPÍTULO IX</b>	
Diseño programático, vigilancia y gestión del AVI .....	89
A. Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS) .....	89
1. Caracterización .....	90
2. Espíritu del Programa Comunitario de la Red de Atención en Salud .....	92
3. Objetivo del Programa Comunitario de la Red de Atención de Salud Institucional .....	93
4. Resultados del programa comunitario de atención en salud y funciones de vigilancia en salud sociocultural. ....	93
5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos. ....	100
B. Programa Familiar de Atención de Salud (PFAS) .....	101
1. Caracterización del programa familiar .....	101
2. Espíritu del programa familiar: .....	104
3. Objetivo del programa familiar: .....	105
4. Resultados del programa familiar: .....	105
5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos. ....	110
C. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS) .....	111
1. Caracterización del programa individual: .....	111
2. Espíritu del programa individual .....	113
3. Objetivo del Programa Individual: .....	114
4. Resultados y actividades/ tácticas operativas: .....	114
5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos. ....	119
D. Vigilancia sociocultural de la salud .....	120
1. Vigilancia de salud semanal .....	121
2. Sala situacional .....	121
3. La investigación epidemiológica sociocultural .....	121
4. Análisis de Situación en Salud (ASIS): .....	122
E. Gestión de la atención y vigilancia en salud .....	122
1. Planificación .....	122
2. Organización .....	122
3. Dirección .....	123
4. Control .....	123



**CAPÍTULO X**

Estructura organizativa de la RASI y su ordenamiento territorial ..... 127

    A. Ordenamiento de la Red de Atención en Salud: criterios y reestructuración ..... 127

        1. Criterios de planificación territorial para el ordenamiento de la Red de Atención en Salud Institucional ..... 128

        2. Estructura organizativa de la red de atención en salud institucional: una lógica que parte de lo local ..... 129

        3. Criterios Adicionales de Planificación Territorial para la planificación de la atención..... 136

    B. Puntos de atención y objetivos específicos ..... 139

    C. Gestión de personal por equipos de salud ..... 141

        1. Equipo comunitario de atención integral en salud (ECOS). ..... 142

        2. Equipo de Apoyo al Equipo comunitario de Atención Integral (EAPAS). ..... 143

        3. Equipo de atención integral de Centro de Salud ..... 143

        4. Equipo de atención integral de Centro de Salud Ampliado ..... 144

        5. Organización hospitalaria por equipos multidisciplinarios ..... 146

        6. Formación estratégica para la consolidación de la Red de Atención Institucional ..... 150

    D. Ambientes arquitectónicos mínimos para Centro de Salud y Centro de Salud Ampliado ..... 151

**CAPÍTULO X**

Gestión y soporte ..... 155

    A. Procesos, subprocesos y actividades ..... 155

        1. Gestión del talento humano: ..... 155

        2. Gestión financiera: ..... 156

        3. Gestión administrativa: ..... 156

        4. Gestión de la información ..... 157

        5. Gestión logística ..... 157

        6. Infraestructura ..... 158

**CAPÍTULO XII**

Gestión de la calidad (GEA) ..... 159

    A. Procesos, subprocesos y actividades ..... 159

        1. Planificación y organización: ..... 159

        2. Medición y control: ..... 160

        3. Mejoramiento e innovación continua: ..... 161

**CAPÍTULO XIII**

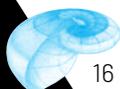
La espiral de la salud ..... 161

    A. El contexto de la transformación de las redes de atención en salud ..... 161

    B. Los aportes del modelo y de la red a la democracia en salud ..... 163

    C. La espiral de la salud ..... 166

Referencias ..... 169





# INTRODUCCIÓN

La presente publicación contiene los aspectos fundamentales de la reconceptualización de las redes de atención en salud (RAS) y de las redes de atención institucional del MSPAS (RASI). Desde un enfoque sistémico y de gestión por procesos se desarrolla la imagen objetivo de transformación a partir de la cual se debería definir una planificación de corto, mediano y largo plazo, desde el papel rector del MSPAS.

La parte central del documento la constituyen las perspectivas, atributos, bases conceptuales, así como el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, el cual forma parte del macroproceso de atención y regulación en salud.

En el primer capítulo se explica brevemente el precario desarrollo de la política y planificación del MSPAS, así como la situación de salud de la población y los enfoques inadecuados que han prevalecido en la salud pública para enfrentar la complejización epidemiológica. Se problematiza la forma en que se han desarrollado las propuestas de redes integradas de servicios de salud, apelando a la necesidad de trabajar un nuevo modelo de atención como parte de una propuesta de redes de atención.

El segundo capítulo, presenta el desarrollo conceptual de las perspectivas y atributos, que se constituyen en los principios y valores que guían la construcción de la propuesta de redes de atención.

En el tercer capítulo, se hace referencia a la multiconcepción incluyente de salud (MUSA) y se plantean la importancia de la inclusión de otros paradigmas, lo que impacta positivamente en una apertura conceptual y en la necesidad de

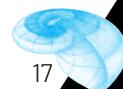
articular redes de atención del MSPAS, con otras redes y modelos de salud.

El cuarto capítulo, presenta el marco teórico de las RAS, a partir de la categoría de reproducción social, de la complejidad y la transdisciplinariedad, aplicado al campo de la salud. Este planteamiento teórico permite al menos dos cosas: la primera, identificar una nueva forma de organizar la atención en salud en tres programas (el individual, el familiar y el comunitario); y la segunda, sentar las bases para diseñar e implementar las redes de atención en salud.

El quinto capítulo, presenta las concepciones de modelo y de redes de atención en las que se basa esta propuesta. Se fundamenta en los conceptos desarrollados en los capítulos anteriores, por lo que dichas concepciones son incluyentes de todos los modelos y componentes de las redes de atención. Explica la naturaleza de cada uno de esos componentes.

El sexto capítulo, hace referencia a la forma de entender las redes de atención en salud institucionales (RASI) y el modelo de gestión por procesos sobre el cual se sustenta. Nos permite conocer la propuesta general sobre la forma de organizarse y funcionar de las redes de atención del MSPAS.

El séptimo capítulo, explica el macroproceso de rectoría estratégica y gobernanza democrática (REGOD). De este macroproceso se desarrollan únicamente los procesos y subprocesos que abarca. En publicaciones posteriores se detallará más su forma de organización, actividades e insumos.



El octavo capítulo, presenta el macroproceso de atención y regulación en salud (ARES), desarrollando con mayor profundidad el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente (AVI). Plantea sus bases fundantes y la lógica de redes sobre la que se sustenta.

El noveno capítulo, desarrolla precisamente el diseño programático, la vigilancia y la gestión en salud. Detalla contenido teórico de los abordajes programáticos individuales, familiares y comunitarios o colectivos, identificando su vinculación con la vigilancia y la gestión. A diferencia de los otros macroprocesos, procesos y subprocesos, en este caso se hace un desarrollo mucho más detallado en aspectos conceptuales y metodológicos.

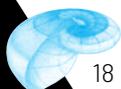
El décimo capítulo describe la estructura organizativa de las redes de atención institucional del MSPAS y a su reordenamiento territorial. Explica la conformación de las redes de atención desde lo local, distrital, departamental y nacional. Detalla criterios de planificación territorial basados en la adscripción poblacional, el tipo de infraestructura y recurso humano. Todo ello contiene el enfoque de trabajo integrado y matricial que son la base de la propuesta de redes.

El onceavo capítulo, plantea el macroproceso de gestión y soporte (GESE). Este planteamiento es sobre la concepción del macroproceso, sus procesos y subprocesos. Es un desarrollo introductorio que en publicaciones posteriores se profundizará.

El doceavo capítulo, presenta el macroproceso de gestión de calidad (GEA). A igual que el anterior, describe la concepción del macroproceso, sus procesos y subprocesos. Es un desarrollo introductorio que en publicaciones posteriores se profundizará.

El treceavo capítulo, presenta la espiral de la salud, que consiste en el planteamiento estratégico de ISIS, en este proceso de investigación e incidencia en la política pública. Hace referencia a los obstáculos que el contexto nacional y del MSPAS en específico, presentan para una propuesta de transformación de las redes de atención. Hace una valoración de lo que aporta esta transformación al proceso democrático del país, especialmente en el MSPAS y sistema de salud. Expone los ciclos de la espiral y su lógica de construcción en la búsqueda de alcanzar el derecho humano a la salud de la población.

Se espera que esta publicación aporte al debate desde la sociedad civil para hacer cambios innovadores dentro del sistema de salud e incida en la formulación de política sanitaria, en particular a los procesos de planificación estratégica. La finalidad es contribuir a la construcción de la democracia y al fortalecimiento de las instituciones públicas de salud desde premisas innovadoras basadas en derechos.





# CAPÍTULO I

## Justificación

En Guatemala, desde las décadas de los setenta y ochenta, se dio una política económica concentradora y una política social excluyente. Cuando se dio el evento de Alma Ata en 1978, en el que se propuso la estrategia de Atención Primaria de Salud, no existía un contexto nacional para hacerla viable, ni el interés de asumir la estrategia, por parte de las autoridades de turno. De ahí que se fueran desarrollando enfoques restringidos de la misma, como en otros países de la región de las Américas.

En la década de los noventa, se dio la llamada reforma sectorial de salud, que formó parte del ajuste estructural que afectó el papel del Estado en lo político, económico y social. En el caso de salud, se estableció un proceso de privatización que, ante la imposibilidad de hacer reformas a la seguridad social, avanzó en la externalización de servicios de salud. En el MSPAS, lo más notable fue el programa de extensión de cobertura. Este programa consistió en la contratación de entidades privadas para prestar atención a población pobre, mediante paquetes básicos materno-infantiles. Se dieron medidas para el retiro voluntario y se impulsaron procesos de contratación temporal como parte de las medidas de flexibilización laboral. Esto impactó negativamente en el imaginario de alcanzar una salud pública integral basada en una institucionalidad fuerte del MSPAS. Uno de los efectos más significativos fue la imposibilidad de establecer la carrera administrativa para el personal técnico y administrativo, lo que se tradujo en una falta de estabilidad laboral, y de identificación y compromiso con el MSPAS y la salud pública en general.

En Guatemala se ha dado un proceso de complejización epidemiológica en el que se combinan enfermedades carenciales, infecciosas, crónico degenerativas, mentales o psicosociales, violencias, entre otras, en un marco de creciente deterioro ambiental. Estos problemas de salud se presentan de manera más importante en la población que se encuentra en pobreza y pobreza extrema.

No obstante, el MSPAS mantiene una atención focalizada en la población materna e infantil, problemas carenciales e infecciosos y atendiendo una serie de prioridades establecidas por los programas de salud verticales. Esto genera una acción mínima y fragmentada en los establecimientos de salud, que carece de una visión integral y de una atención a los problemas de salud que enfrentan la población en las diferentes etapas del curso de vida.

Existe un déficit de medidas sanitarias que integren la equidad de género y la pertinencia intercultural, lo que redundará en una serie de exclusiones o de discriminaciones, que no permiten el acceso adecuado de poblaciones específicas o de pueblos originarios que integran la sociedad guatemalteca.

La debilidad institucional, que se refleja en una baja capacidad resolutoria y en ausencia de sistemas de referencia y contra referencia, atiende de manera reactiva la demanda de la población. En consecuencia, el MSPAS se concentra en el daño y no en la prevención y promoción de la salud. La prevención se realiza de manera limitada y ante el poco liderazgo del MSPAS, la promoción de la



salud está prácticamente ausente en la política, planes y acciones de salud.

Frente a un desfinanciamiento histórico de los tres niveles de atención y ante la ausencia de una visión de corto, mediano y largo plazo, no existe la posibilidad de establecer una planeación del desarrollo integral de la red de servicios o de atención, que garantice el derecho a la salud de la población. Existe un déficit de puntos de atención y de infraestructura en los tres niveles de atención que permita el acceso universal a la salud.

En el 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitió un documento de posición sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. A partir de ella, se formularon otras estrategias entre las que destaca la de Redes Integradas de Servicios de Salud. Esta estrategia, aunada la experiencia histórica del MIS, han servido de base para la reconceptualización de redes de atención que se propone en este documento.

El planteamiento original de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en el 2010, definió el modelo asistencial como uno de los ámbitos necesarios para el abordaje de redes e identificó una serie de atributos relacionados con una atención integral individual, familiar y comunitaria, atendiendo a las particularidades culturales y de género, acorde a las necesidades de una población relacionada con un territorio, realizada por equipos multidisciplinarios y especializados, con una adecuada coordinación asistencial. En el ámbito de la gobernanza, la OPS identificó los atributos de gobernanza única, amplia participación social e intersectorialidad (OPS, 2009).

No obstante, tanto en el documento base de OPS, como en otras propuestas de redes integradas, la concepción predominante es de red de organizaciones y/o servicios para la atención

integral y continua a las necesidades de salud de la población (BID, 2017; Mendes, 2011; OPS, 2009). Ello deja por fuera, con un papel pasivo o de bajo perfil, otros modelos de atención como son los ancestrales y la autoatención, entre otras formas de atención y organización en los ámbitos comunitarios, familiares e individuales.

En el caso de Guatemala, las propuestas de trabajo en redes no han planteado la necesidad de revisar a fondo los modelos de atención institucionales (consistentes en un enfoque focalizado, materno infantil y de programas verticales) (MSPAS, 2015), ocurriendo de manera similar en propuestas de diseño de planes maestros con base a redes como es el caso del BID (2017). Las propuestas consisten en articular lo que hay, para garantizar la integración y continuidad de la atención a la población dentro de un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, optimizando, planificando, gestionando con enfoque de red y haciendo eficiente el desempeño y proyecciones de desarrollo equitativo de los servicios para garantizar el acceso universal a la atención por parte de la población.

Por consiguiente, con la propuesta de RISS está ocurriendo algo similar a lo que sucedió con la Atención Primaria de Salud. Históricamente la APS, ha sido reducida a una atención selectiva y focalizada con una provisión de servicios de salud, generalmente materno infantil y en extremo reducida (Morales & Seminario, 2013). En el caso de las RISS, de un planteamiento original, con base a un modelo asistencial acorde a las necesidades de la población en ámbitos individuales, familiares y comunitarios (considerando aspectos interculturales y de género), con un enfoque de gobernanza basado en la participación social e intersectorialidad, se restringe ahora a un enfoque biomédico de red que no se plantea la redefinición del modelo de atención; y, menos aún, su articulación o coordinación con otros modelos



provenientes de otras matrices y lógicas socio culturales.

Es por ello que en este documento hay una toma de distancia de la denominación de redes integradas de servicios de salud (RISS) centrada sólo en articulación de instituciones o establecimientos de servicios, para pasar a una denominación de Redes de Atención en Salud (RAS). Lo que se pretende es una visión más amplia basada en un modelo incluyente de salud que permita abrir las posibilidades de trabajo, coordinación y/o articulación con otras formas de entender y trabajar la salud enfermedad, especialmente para poder

cubrir de manera más integral e incluyente las necesidades y problemáticas sanitarias de la población.

La reconceptualización de las redes de atención en salud que se presenta es la base de la formulación de planes maestros de desarrollo de las redes de atención en salud, particularmente del MSPAS. Constituye los cimientos para un proceso de planificación de corto, mediano y largo plazo desde una visión estratégica que debiera guiar el desarrollo integral de la atención en salud, buscando garantizar el acceso público universal a la salud.







## CAPÍTULO II

### Perspectivas y atributos

La reconceptualización de las redes de atención en salud que se presenta en este documento parte de una serie de perspectivas y atributos, que se constituyen en principios o valores para el diseño, planificación, implementación y desarrollo de las redes de atención. Tiene implicaciones internas tanto en la institucionalidad pública de salud como en el resto de los componentes de las redes de atención en salud.

Están relacionados con la multiconcepción incluyente de la salud, el marco conceptual y los macroprocesos que conforman parte del modelo de gestión general de la red de atención institucional (RASI).

El Instituto de Salud Inuyente (ISIS), ha tenido la experiencia de concretar las perspectivas planteadas y la mayor parte de los atributos que se presentan, a través de la experiencia histórica de implementación del modelo incluyente de salud (MIS), en varios distritos municipales de salud (DMS).

#### A. Perspectivas

Las perspectivas se plantean como ejes transversales para alcanzar la conformación de las RAS y su aplicación se ha desarrollado específicamente para los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades, definidos para la RASI. En conjunto con los atributos, las perspectivas son el marco de valores interrelacionados en los que se inspira el trabajo de diseño, planificación, implementación y desarrollo de las redes de atención en salud.

Las cuatro perspectivas que se presentan resultan sustanciales en el trabajo en salud, pues están relacionadas con procesos de determinación social, que generan inequidades y exclusiones para sectores muy importantes de la población en Guatemala.

#### 1. El Derecho Humano a la Salud

Desde esta perspectiva la salud es asumida como un derecho humano indivisible, interdependiente y relacionado con todos los otros derechos humanos (ISIS, 2018), pasa por reconocer que el Estado tiene la obligación de respetarlo, protegerlo y cumplirlo (MM, 2013). El Estado debe generar condiciones sociales para que la población goce del mejor nivel posible de salud, así como garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de una atención integral, incluyente y universal, a la población. Esto en el marco del trabajo por el logro de los derechos económicos, sociales y culturales -DESC-.

El derecho humano a la salud es la perspectiva central de esta propuesta de reconceptualización y se enriquece con la pertinencia intercultural, la equidad de género y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza. En ese sentido, el derecho a la salud debe ser enfocado desde una visión de pertinencia intercultural y con un enfoque diferencial a partir del principio de no discriminación.

Sin perder su carácter universal e inherente a la condición humana, los derechos humanos deben ser re-conceptualizados como interculturales, de otra forma, su visión occidental difícilmente



dará cuenta de visiones alternativas de la dignidad humana provenientes de diversas concepciones y grupos culturales y tampoco permitirá trascender a una visión más holística de dichos derechos en su interdependencia con la naturaleza (Santos, 2010).

Dado que posiblemente en las diferentes culturas se establecen relaciones jerárquicas y de poder basadas tanto en relaciones económicas como en interpretaciones racistas o heteropatriarcales acerca de la diferencia; será necesario garantizar mecanismos de aplicación del enfoque diferencial en derechos humanos, el cual hace una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico y toma en cuenta dicho análisis para brindar adecuada atención y protección de los derechos humanos individuales y colectivos de esas poblaciones específicas, mientras busca revertir o evitar los procesos que generan las condiciones actuales y/o históricas de discriminación hacia éstas.

Asimismo, esta perspectiva orienta a promover la ciudadanía social, apoyando el papel activo de la población para velar por su salud y participar en la toma de decisiones sobre políticas de salud, su planificación, organización, ejecución, evaluación y fiscalización social (Artículo 98 de la Constitución Política de la República de Guatemala; Artículo 3 y 5 del Decreto 90-97 del Código de Salud).

En lugar de una ciudadanía homogeneizadora se requiere la construcción de una ciudadanía plena, diversa, diferenciada y multicultural, en la cual se provee de medios institucionales a los grupos excluidos y oprimidos, para su explícita representación y reconocimiento, especialmente en lo atinente a derechos colectivos.

## 2. La Pertinencia Intercultural

Esta perspectiva parte del reconocimiento de la importancia de la realización de los derechos de los pueblos en el campo de la salud, especialmente en contextos pluriculturales y multilingües. Abarca aspectos políticos relacionados con la autodeterminación de los pueblos, la constitución de un Estado multinacional, una democracia intercultural y la defensa del territorio.

Debe reconocer la diversidad del conocimiento científico en muchos campos, resaltando los modelos de salud ancestrales y populares, así como los modelos de auto atención prevalecientes en las personas, familias y comunidades en general. Históricamente la relación intercultural ha sido inequitativa, predominando el racismo y la exclusión. El modelo médico hegemónico, caracterizado por su enfoque biológico y excluyente de otros modelos, es el predominante en las instituciones públicas de salud.

La pertinencia intercultural parte entonces del marco de derechos mencionado y plantea un reconocimiento, respeto y articulación horizontal con los modelos locales, ancestrales y populares, que permanecen como parte de las diversas matrices socio culturales y sus transacciones. Reconoce las dimensiones socio culturales, simbólicas y energéticas, así como también la relación con la madre naturaleza como parte de los procesos de determinación social de la salud y a partir de ello, plantea la necesidad de tener abordajes integrales y pertinentes en el campo de la salud, superando las inequidades. Propone la transformación de las instituciones públicas y el fortalecimiento de los actores, organizaciones y redes ancestrales y populares, con el fin de su realización y el ejercicio de sus derechos.



### 3. La Equidad de Género

Esta perspectiva parte del reconocimiento del carácter histórico social y relacional de las construcciones en torno al género dentro de las sociedades y sus importantes implicaciones en la generación de condiciones, riesgos y daños diferenciados para la salud.

Se conceptualiza y nutre de los aportes de diferentes teorías feministas, especialmente aquellas que abordan las desigualdades de género a partir del cuestionamiento del capitalismo (o bien modelo de desarrollo dominante), colonialismo y hetero-patriarcado; analizando la opresión de género en sí misma y en su interrelación con otras opresiones vinculadas a la situación socioeconómica, identidad étnico-cultural, diversidad genérica y sexualidad.

Esta visión amplia de la perspectiva de género permitirá desarrollar acciones dirigidas a la transformación de las relaciones de poder entre los géneros y sus diferentes expresiones identitarias. Reconoce la necesidad de transformar las instituciones sanitarias buscando relaciones de género equitativas entre los equipos y ámbitos laborales.

En materia de Atención y vigilancia en salud integral e incluyente, la perspectiva de género alerta respecto a la necesidad de una atención y regulación en salud que dé cuenta de las necesidades diferenciadas y promueva acciones dirigidas a la eliminación de las múltiples discriminaciones y transformación de la determinación social genérica que afecta de manera desigual a personas, familias, grupos y colectivos, dentro de contextos específicos y diversos en el marco de lo local a lo nacional.

### 4. La Armonía con el Ambiente o Madre Naturaleza

Esta perspectiva se fundamenta en el reconocimiento de la interdependencia de la salud y el ambiente o Madre Naturaleza. Ambos entendidos de manera holística, formando parte de un todo o ecosistema integrado por múltiples dimensiones biológicas, energéticas, culturales, sociales, políticas, económicas, entre otras.

La palabra holismo viene del griego “holos”, que significa todo, entero o total, y es la idea de que todas las propiedades de un sistema dado no pueden ser determinadas o explicadas por las partes que lo componen por sí solas. El holismo enfatiza que el todo es más que la simple suma de las partes, y al aplicarse al medio ambiente se reconoce que existe interdependencia entre todos los organismos, seres, elementos en el planeta y fuera de él.

Es una perspectiva biocéntrica, en el sentido de considerar que toda manifestación de vida es de igual importancia y, desde la cosmovisión maya, da un estatus de sujeto y de ser viviente al planeta y su naturaleza. Este enfoque se aleja de la visión antropocéntrica y más bien considera al ser humano como uno más en interrelación e interdependencia con la Madre Naturaleza.

El ambiente forma parte de los procesos de determinación social y su creciente deterioro afecta de diferentes maneras la problemática sanitaria. Esta perspectiva invita a enfoques sanitarios que integren el trabajo por la salud y el ambiente, actuando sobre riesgos y condiciones ambientales desde un enfoque preventivo, alcanzado la promoción de la salud, dirigida a la transformación armónica de la determinación social con la naturaleza.



Esta perspectiva significa un cambio cultural progresivo que implica la transformación de las instituciones públicas y de la sociedad en general.

## B. Atributos

Los atributos de la RASI forman parte del marco de valores sobre los que se fundamenta la

construcción de una red de atención en salud (FIGURA 1). Guían la transformación de las redes de atención institucional pública y su relación con el resto de las organizaciones, instituciones, modelos de salud, entre otros, de las RAS. Generan mayores beneficios para la población en la búsqueda de alcanzar el derecho a la salud.

**Figura 1**

**Atributos de las redes de atención en salud**



**Fuente:** ISIS (2018).

### 1. Pertinencia intercultural en salud

La pertinencia intercultural en salud parte de la necesidad de generar relaciones horizontales y equitativas entre los diferentes paradigmas o modelos dentro del campo de la salud. Guía un proceso de descolonización del sistema de salud, planteando que el modelo médico hegemónico es uno más y que se debe trabajar en iguales condiciones con los otros modelos de salud existentes, como el ancestral o el de autoatención.

Considerando que estos modelos son derivados de diferentes matrices culturales y sus transacciones existentes en las sociedades humanas.

Este atributo está estrechamente relacionado con la multiconcepción incluyente de la salud e implica ampliar la visión a una nueva manera concebir la salud y la vida. Es reconocer la importancia de la dimensión energética en el proceso de salud-enfermedad-muerte y su interdependencia con la Madre Naturaleza. Esta última



como portadora de derechos y partiendo que su salud o bienestar abarca a toda la humanidad. En síntesis, la salud como la armonía o el equilibrio de todas las formas de existencia (Geertz, 2003), en términos de la cosmovisión maya, alcanzar la Plenitud de la Vida.

La constitución de redes de atención en salud debe ser incluyente, por lo que las relaciones históricas entre modelos de salud se deben ir transformando gradualmente, de tal forma que exista una relación equitativa que facilite la accesibilidad y utilización de las diferentes formas de atención comunitarias e institucionales de salud (INS, 2002).

Las redes de atención en salud institucionales (RASI), deberán realizar una promoción sistemática y gradual de espacios y procesos de interacción positiva, diálogo y aprendizaje, con organizaciones y actores comunitarios y de la sociedad en general; partiendo del derecho a la salud, la diversidad y diferencias genéricas y culturales (INS, 2002).

La pertinencia intercultural modula las formas y contenidos de atención y vigilancia en salud en toda la red. Fundamenta la pertinencia en las atenciones integrales a los individuos, familias y comunidades o colectivos. Así como el desarrollo de una vigilancia en salud socio cultural que dé cuenta de la diversidad de paradigmas del campo de la salud.

## 2. Equidad de género en salud

La equidad de género en salud parte del reconocimiento de las inequidades genéricas que forman parte del desarrollo específico del capitalismo, el colonialismo y hetero-patriarcado. No debe ser concebida solamente en términos del acceso a los servicios y a la atención en salud; sino trascender a la incorporación de la

perspectiva en políticas, programas y acciones dirigidos a promover la transformación cualitativa de las relaciones de género y la eliminación de la inequidad vinculada a la opresión y alineación de género, des-construyendo el binarismo heterosexual excluyente, caminando hacia la paridad participativa como mecanismo de justicia de género en todos los espacios de la red y en políticas institucionales internas (Butler, 2007; Fraser, 2015b; Lagarde, 1997)

La perspectiva de género en salud contribuye a evaluar particularidades y profundizar en el avance del conocimiento epidemiológico en torno las diferentes identidades de género; en el desarrollo de la práctica en los campos de promoción, prevención, atención de la salud y cuidados paliativos, y organización de la red de servicios de salud. Además, permite la potenciación de la participación en los procesos de monitoreo estratégico de la realidad social y epidemiológica (Breilh, 1993), tanto de las mujeres como de todas las identidades genéricas.

Además, permite conocer las vulnerabilidades específicas por género, tanto frente a la inserción del trabajo, práctica doméstica, niveles organizativos y políticos, dinámica de vida cultural y de las relaciones con el ambiente, admitiendo la multiplicidad de prácticas genéricas, sin ocultar estas diferencias, bajo el precepto de lo considerado natural, socavando necesidades diferenciadas y afectando el acceso a servicios y en el proceso salud-enfermedad (Breilh, 1993; Castellanos, 2016).

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, generan por sí mismos diferencias en sus condiciones de salud, enfermedad y muerte. Existen, sin embargo, diferencias sustanciales cuyo origen se encuentran en las identidades de género, puesto que influyen en la percepción



de la salud-enfermedad, los riesgos y problemas que sufren y la manera en que atienden su salud (Hernández Mack et al., 2012, p. 53). Entre tanto, es necesaria la desconstrucción del binarismo heterosexual predominante que no permite ampliar el campo de acción de la salud y limita la incidencia de acuerdo a los cánones jerárquicos que dicta lo natural de ser hombre o mujer, e invisibiliza otras identidades genéricas o comportamientos fuera de dicha norma patrón.

Consecuentemente, es necesario vislumbrar las necesidades de salud integrales de los hombres, históricamente desconsiderados de servicios de salud, mujeres no sólo desde el punto de vista reproductivo y de maternidad, así como de aquellas personas que asumen otras identidades de género. De tal manera, que a partir de dicha variabilidad de géneros, como consecuencia de riesgos asociados al cuerpo, exposición a riesgos, roles y noción de cuidado, comportamiento y multiplicidad de prácticas sexuales, roles productivos y reproductivos, exposición a violencia por causa de identidad genérica y acoso sexual; se desarrollen acciones adecuadas y pertinentes de atención integral a la salud a nivel comunitario, familiar e individual (Fraser, 2015a; Hernández Mack et al., 2012; Morales, 2002; Morales & Seminario, 2013).

### 3. La armonía con el ambiente o Madre Naturaleza

La armonía con el ambiente o Madre Naturaleza, en coherencia con los principios de holismo y biocéntrismo, se constituye en una guía para intervenciones sanitarias que respeten, busquen el equilibrio y la realización del ambiente o naturaleza. Este es un atributo sistémico que está en referencia al contexto dentro del cual las redes de atención se desarrollan y las poblaciones conviven. Es de carácter multidimensional y requiere trabajo integral, transdisciplinario e intersector-

rial, buscando la pertinencia de la política pública de salud al ambiente o Madre Naturaleza.

Es un atributo estrechamente relacionado con la cosmovisión de los pueblos ancestrales y se entiende que la vida y la salud de la naturaleza, y todos los entornos humanos, están estrechamente relacionados con el proceso de salud, enfermedad y muerte. Finalmente, condiciona la calidad, realización o plenitud de vida de los pueblos o de la sociedad en general.

El ambiente o Madre Naturaleza forma parte de los procesos de determinación social y su creciente deterioro afecta en gran magnitud la problemática sanitaria. Asuntos relacionados con la matriz productiva tales como la agroindustria de monocultivos, el modelo extractivo minero y las nuevas tecnologías de explotación de hidrocarburos, además de no tener sostenibilidad ambiental ni social, lejos de traducirse en beneficios económicos y sociales para el país, han violentado los derechos de los pueblos a la defensa de la madre tierra y el territorio. De ahí que la perspectiva de ambiente asume también una postura crítica hacia el modelo dominante de desarrollo, la producción y el consumo. Equivocadamente, el desarrollo se ha propuesto como una mayor capacidad de consumo. Los aumentos de producción y avances tecnológicos se llevan de manera desenfrenada a costa de daños al medio ambiente, además que los beneficios, bienes y servicios que puedan producirse se distribuyen de manera desigual e injusta en la población. (ISIS 2010).

El consumo es un proceso clave en la sociedad pues es el motor del modelo económico actual, y cuando las personas compran y consumen productos otorgan recursos financieros y poder a empresas y grupos; por esto se considera que el consumo puede convertirse en una herramienta de cambio mediante el impulso de estrategias



de consumo responsable, crítico, ecológico y solidario.

En síntesis, este atributo implica cambios dentro de la institucionalidad pública y un cambio cultural que afectaría a todos los componentes de las RAS. Todo ello tiene implicaciones enormes para elevar el impacto en la salud y mejorar la calidad de vida de la población.

#### 4. Equidad

La equidad en salud debe ser entendida como la garantía del derecho a la promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos, para toda la población, colectivos, comunidades, familias e individuos. Para ello, la definición de política, la planificación, el contenido de la atención, la regulación, distribución y orientación de los recursos y servicios, deberán responder a criterios diferenciales de necesidad y no a criterios únicos de volumen poblacional (asignación per cápita), o de intervenciones mínimas y uniformes (paquetes básicos iguales en contextos diferentes), para toda la población.

Recupera la ética y la justicia social, en valores y reglas de distribución, reconociendo que se hace necesario un trato diferenciado que pueda compensar las desigualdades históricas existentes entre diferentes géneros, grupos étnico-raciales, o clases sociales (Braveman & Gruskin, 2003; Nunes, Santos, Barata, & Vianna, 2001; Whitehead, 2000)

La equidad para las redes de atención tiene implicaciones en su diseño y planificación, debiéndose asegurar el acceso equitativo a toda la población, a una atención integral e incluyente, en los niveles individuales, familiares y comunitarios. Superando una visión económica neoliberal que busca la focalización de los recursos públicos en una atención mínima hacia grupos denominados “vulnerables”, pobres o en extrema pobreza;

contemplando para el resto de la población “no pobre”, el pago por los servicios o diferentes formas de aseguramiento.

La equidad está vinculada en los procesos de gestión que se definen para la red. Con relación al macroproceso de gestión y soporte, debe servir de criterio para mejorar las condiciones laborales y climas organizacionales dentro de la institucionalidad pública de salud. El macroproceso de gestión de la calidad y el de gobernanza, deben asegurar mediante procesos de evaluación con participación social, que la equidad sirva para mantener un proceso de permanente transformación, que sea pertinente a las necesidades y problemáticas de salud que atraviesa la población.

#### 5. Atención integral e integrada

La atención integral e integrada son dos conceptos complementarios que dependen uno del otro para poderse alcanzar.

La atención integral implica una atención que da cuenta de las dimensiones energéticas, espirituales, biológicas, psicológicas, ideológicas, culturales, sociales y políticas, en los niveles individuales, familiares y comunitarios o colectivos, de la sociedad. Lo anterior abarca las acciones en los campos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. (INS, 2002; WHO, 2009).

Esto representa un reto para la institucionalidad pública de salud centrada en el modelo médico hegemónico y resalta la importancia de innovar sus formas y contenidos propios de atención. También justifica de manera razonable la necesidad de coordinar y hacer sinergia con las organizaciones, instituciones, actores y modelos de atención, que conforman la RAS.



La atención integrada, se refiere al trabajo coordinado y complementario que los diferentes puntos de atención de la red alcanzan para beneficio de los individuos, familias o comunidades. Se enfoca en todos los ciclos de vida y la red debe implementar sistemas que garanticen el continuo de la atención.

Requiere el trabajo integral de los equipos sanitarios dentro y fuera de la institucionalidad y la coordinación efectiva con otros componentes de la red que son necesarios para la resolución de determinado problema sanitario.

Implica para la RASI, una serie de condiciones para evitar interrupciones o falta de integralidad en la atención. Para ello, el macroproceso de gestión y soporte debe asegurar la integración de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico. Así como sistemas de información integrados que vinculen a todos los miembros de la red. Implica también un abordaje multidisciplinario que cubra a toda la población y permita aumentar el nivel resolutivo de la red (OPS, 2010).

## 6. Acceso y cobertura

El acceso a la salud y la cobertura son conceptos que deben abordarse integralmente para hacer efectivo el derecho a la salud, como parte de la responsabilidad del Estado, y como instrumental para lograr equidad y justicia social. Consecuentemente, al pensarse la Red de Atención en Salud (RAS) se debe garantizar el acceso real y la cobertura universal gratuita a toda la población con base a la organización y asignación equitativa de los recursos, buscando una mayor justicia territorial.

La RASI garantiza el acceso y la cobertura a través de una atención intra y extramuros. Su diseño e implementación asegura el acceso por demanda en los puntos de atención de la red; y

busca activamente a personas, familias y grupos o colectivos para dar seguimiento a problemas y riesgos identificados, brindando la atención curativa, preventiva, de rehabilitación, paliativa y de promoción a lo largo de la red de atención (Hernández Mack et al., 2012).

El acceso a la salud debe ser abordado en cuatro dimensiones, la no discriminación, la accesibilidad física y económica y el acceso a la información (Morales & Seminario, 2013). En este sentido el acceso y cobertura universal a la salud debe verificarse a todos los ciclos de vida, sin importar la condición socioeconómica, etnia, lugar de habitación, identidad genérica, religión o cultura, de la población (ACCESA, 2015).

El diseño de la RASI, debe considerar zonas de accesibilidad real, expresada como una distribución determinada de equipos y puntos de atención (instalaciones), con base a la adscripción poblacional por sectores y territorios. La equidad en el acceso a la red de atención en salud debe basarse en el principio de necesidad, lo que significa que la oferta y la utilización de recursos para la salud responderán a criterios diferenciales de necesidad y no a criterios de cantidad poblacional (INS, 2002).

De tal forma, que partiendo del hecho de considerar a las comunidades, familias e individuos como garantes de derechos territorialmente diferenciados, la planificación de la red debe ser enfocado desde el criterio de la justicia territorial (Figuera, 2013; Lima, 2015).

## 7. Eficacia y eficiencia

La eficacia y la eficiencia son atributos sustanciales para toda institución u organización sanitaria, que pretenda marcarse metas a costos admisibles, alcanzando los mayores beneficios para toda la población.



La eficacia de la RAS debe ser planteada en dos sentidos. Primero, desde el enfoque de la red institucional de salud, en la que la eficacia se entenderá específicamente como un logro gerencial en términos de la consecución de los objetivos planteados en cuanto a promoción de la salud, prevención, curación, cuidados paliativos y rehabilitación, mediante las actividades en los niveles individuales, familiares y comunitarios. El segundo, desde el concepto amplio de la RAS, donde el nivel de resolución de los problemas de salud desde un enfoque integral e intersectorial, dependerá de la coordinación efectiva entre todas las organizaciones, instituciones, modelos de salud, entre otros.

La eficiencia se refiere a alcanzar los mayores beneficios al menor costo posible, sin que ello conlleve la pérdida de la eficacia. El diseño de la RAS debe considerar el desarrollo de intervenciones y métodos que facilitan la potenciación de las capacidades del personal y la productividad de los recursos utilizados como infraestructura, equipo, medicamentos e insumos (INS, 2002).

Conjuntamente, para lograr eficiencia con carácter social, debe también considerarse la eficiencia en la gestión de recursos para lo cual debe existir formación en capacidades gerenciales del personal que conforma la red, profesionalización de la gestión, reducción de la inestabilidad laboral y rotación de los gestores públicos y puestos gerenciales debido a consideraciones de político-partidarias o por otras razones (Lorenzetti et al., 2014). Para ello, el logro de la carrera administrativa, la estabilidad y satisfacción laboral son sustanciales en el macroproceso de gestión y soporte de la red (GESE).

## 8. Calidad

La calidad es la atención en salud que alcanza un adecuado nivel de excelencia profesional, del

establecimiento de buenas relaciones humanas y el cumplimiento de las normas de atención sanitaria. Pero además, incluye la adecuación socio-cultural, a través de la pertinencia intercultural en el trabajo sanitario, en los niveles comunitario, familiar e individual; generando con ello una mayor accesibilidad cultural de la atención en salud, (Ayanian & Markel, 2016; Donabedian, 1990), a lo largo de los diferentes componentes de la red de atención en salud.

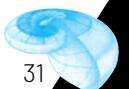
## 9. Sostenibilidad financiera

La sostenibilidad financiera es la capacidad pública, para mantener una inversión en el sistema público de salud (modelo y redes de atención institucional en salud), a un costo sostenible, garantizando la suficiencia de los recursos y la realización progresiva de los planes sanitarios nacionales. Esta planificación debe estar dirigida al goce pleno del derecho humano a la salud.

Implica el uso responsable y transparente de los recursos, la garantía del pago salarial y por servicios acorde al derecho. Es una condición necesaria para generar una política laboral que garantice los derechos de los trabajadores.

Implica la definición coherente de políticas fiscales acorde a los objetivos sanitarios de Estado, y la política pública en general, que alineen la estructura presupuestaria del gasto y de la recaudación, de forma que promueva y proteja la salud. Debe asegurarse sistemas de vidas saludables, previniendo, sancionando, atendiendo y resarcido los daños a la salud de la población y del ambiente o Madre Naturaleza, por decisiones privadas lucrativas, no lucrativas o públicas.

La sostenibilidad fiscal basada en los principios de la salud debe converger en el largo plazo, hacia el equilibrio entre el crecimiento y la regeneración de los sistemas ecológicos que sostienen la vida humana.



## 10. Densidad tecnológica apropiada

La tecnología es ampliamente entendida, abarcando conocimientos, prácticas, procedimientos, técnicas, equipo e insumos, que forman parte de las condiciones necesarias para la atención integral e incluyente y la regulación en salud. Partiendo de la multiconcepción incluyente de salud, las tecnologías dentro de las RAS pueden ser diversas al formar parte de los diferentes paradigmas de la salud. En el caso del paradigma ancestral, se abre la posibilidad a un conjunto tecnológico diferente al biomédico.

La tecnología debe ser apropiada a las condiciones institucionales, por costo, posibilidades de mantenimiento y reparación, preparación de personal, entre otros. De la misma manera, la tecnología no debe causar daño a la naturaleza o al ambiente, debiendo ser un elemento de armonización y aprovechamiento de los recursos disponibles en cada región específica. El encuentro entre conocimientos y prácticas de salud provenientes de diferentes paradigmas puede incidir que el uso de las tecnologías se adecue al contexto socio cultural y que sea uno de los campos de aprendizaje e innovación.

El concepto de densidad se refiere a los diferentes tipos de tecnología que se pueden aprovechar en el trabajo sanitario a lo largo de la red, se divide en tecnologías duras, leve-duras y leves. Merhy (2002)

Las tecnologías duras, son el conjunto de métodos, técnicas, equipos e insumos, medicamentos, sistemas de información, y otros medios de soporte dentro de la red, que dan apoyo al trabajo sanitario de los trabajadores de salud, de acuerdo con el modelo y redes de salud donde se desempeñen. Esta tecnología dura está íntimamente relacionada con el conocimiento biomédico, que es el fundamento de la formación del personal

sanitario, desde técnicos, enfermería, medicina general, especialidades o subespecialidades

Las tecnologías leve-duras, es aquella que se genera en la interacción del personal de salud con los usuarios, familias e incluso en el ámbito comunitario. Se caracteriza en que el personal de salud hace su intervención desde el conocimiento considerado científico basado en el modelo médico hegemónico, ante la población que mantiene un conocimiento y prácticas producto de las transacciones entre diferentes paradigmas de salud. Dicho encuentro genera ambientes de trabajo sanitario muy diversos, en los que es requerido procesos de adaptación y negociación. (Merhy, 2002; Merhy & Feuerwerker, 2009)

Las tecnologías leves, se refieren a que los encuentros de conocimientos y prácticas descritos anteriormente generan relaciones de confianza, escucha e interés genuino. Es posible la creación de proyectos terapéuticos individuales y familiares, además de incidencia comunitaria. Es una intervención sanitaria con pertinencia intercultural, en la que el diálogo, el respeto y la consideración de validez sobre el conocimiento y prácticas del otro, generan una nueva síntesis y aprendizajes compartidos. Es la base de una intervención integral e incluyente que parte de las necesidades y formas de interpretación de la población en sus diferentes niveles. (Merhy, 2002; Merhy & Franco, 2003).

## 11. Satisfacción

La satisfacción como dimensión subjetiva de la calidad, se puede dividir en interna y externa.

La satisfacción externa, está relacionada con el grado de adecuación de la atención en salud, a las expectativas y necesidades identificadas por la población. Esta satisfacción forma parte de la pertinencia intercultural y del avance de las perspectivas y atributos en general.



La satisfacción interna, es aquella que se alcanza de acuerdo con el grado de adecuación de la organización, puestos de trabajo, las condiciones y climas laborales, con las expectativas, formación y necesidades del personal de salud. Implica contar con trabajadores de salud que se identifiquen con las perspectivas y atributos de la transformación del sistema de salud. Que sean suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red (OPS, 2010), con capacidades de superación y compromiso con el trabajo de salud pública.

## 12. Intersectorialidad y participación social

La intersectorialidad y la participación social se constituyen en dos atributos esenciales para el trabajo en redes de atención en salud y son claves para desarrollar una acción integral en salud en los niveles individuales, familiares y comunitarios o colectivos.

Forman parte de los macroprocesos de la RAS y RASI, de rectoría estratégica y gobernanza democrática, así como en el de atención y regulación en salud. La participación social está también relacionada con los procesos de la gestión de la calidad de las redes de atención.

La intersectorialidad, se refiere al planteamiento de que la promoción y la prevención en salud requieren de acciones de los diferentes sectores, que tienen estrecha relación con determinada problemática de salud. La promoción de la salud entendida como la transformación de la determinación y las condiciones sociales de la salud, debe articular acciones de educación, seguridad, ambiente, vivienda y saneamiento básico, municipalidades, entre otros. Debe formar parte del diseño de política y la planificación sanitaria que, con base a una rectoría fortalecida, pueda articular a los diferentes sectores públicos para la inversión en infraestructura sanitaria y el impul-

so de proyectos que impacten en las condiciones y riesgos para la vida y salud de la población. La intersectorialidad abarca también al conjunto de familias, colectivos, organizaciones comunitarias, sociales, privadas no lucrativas y lucrativas, para impulsar acciones que son complementarias y sinérgicas para beneficio de la población, fundamentado siempre en el acceso público y el derecho a la salud.

El trabajo en redes debe potenciar las posibilidades del trabajo intersectorial en municipios y departamentos. La intersectorialidad debe dar cuenta de la presencia de los pueblos ancestrales para el ejercicio de sus derechos y desarrollar una mayor armonía entre las acciones sanitarias y el ambiente o Madre Naturaleza.

La participación social (PS), es consustancial a la intersectorialidad y una depende de la otra. Está dirigida a la incidencia y cabildeo en todo el ciclo de la política pública de salud y de otros sectores, como en el desarrollo concreto de proyectos para beneficio de la población.

La PS, es clave para la fiscalización y evaluación de la política pública, debiendo generarse espacios de representación a lo largo de toda la red, con el fin de incidir en el desarrollo de la RAS y la RASI en particular. Adquiere especificidades de acuerdo con la problemática o necesidades sanitarias que se trate, debiéndose de promover y fortalecer los espacios para la participación de las comunidades, colectivos varios, pueblos ancestrales, entre otros.

La PS, implica además un encuentro horizontal y de diálogo entre diferentes formas de entender y actuar en el campo de la salud y el desarrollo. Debe considerar la innovación y la adecuación al contexto local, con base a la pertinencia intercultural y el conjunto de perspectivas y atributos de esta propuesta de reconceptualización.



### 13. Transparencia

La transparencia es entendida como el ejercicio de la gestión pública, que cumple con el conjunto de leyes, normas y consideraciones administrativas que son obligatorias en todo el ciclo de la política pública y que establece mecanismos para al escrutinio público.

La transparencia implica el fortalecimiento institucional, desde lo técnico y administrativo, para el desempeño adecuado de los equipos de trabajo que forman parte de la red de atención en salud institucional. Por otro lado, obliga a comunicar el contenido de la política pública en salud y a establecer mecanismos de acceso a la información, de acuerdo con las solicitudes de la sociedad.

Se aplica en diferentes aspectos de la gestión pública como el cumplimiento de la responsabi-

lidad de los servidores públicos de acuerdo con los planes institucionales y su ubicación dentro de la organización de la red, el manejo financiero, adquisiciones y contrataciones, entre otros.

La transparencia, forma parte del proceso de rendición de cuentas en el marco general de la gestión de esta propuesta de redes de atención. Complementándose con el establecimiento de mecanismos efectivos de participación y vigilancia ciudadana que permitan favorecer la auditoria social y el acceso a la información.

Fortalece la coordinación institucional con las autoridades responsables de la investigación y fiscalización (identificar y denunciar) tendientes a esclarecer acciones ilícitas, que permitan agilizar y dar certeza sobre el combate a la corrupción y la gestión pública transparente, especialmente en referencia al gasto en salud





## CAPÍTULO III

### Innovando la salud pública desde la multiconcepción incluyente de salud

La crítica y compleja situación de salud de la población y la debilidad institucional para responder a dicha necesidad, requiere de nuevos conceptos y prácticas en salud, que sean la base de cambios de fondo dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y, en consecuencia, en las formas de relación del conjunto de organizaciones, instituciones y modelos de atención, dentro del sistema o sector salud.

El presente capítulo plantea la multiconcepción incluyente de la salud (MUSA) y sus implicaciones en la salud pública. Esta multiconcepción resulta crucial para imaginar e iniciar un proceso de cambio en todos los aspectos relacionados con las redes de atención institucionales (MSPAS), que repercute en el sistema de salud y en la sociedad en general.

Es un camino de reencuentro de paradigmas del campo de la salud, que establece un nuevo marco de relaciones de convivencia incluyentes e integrales, entre la población y las instituciones, para el cumplimiento del derecho a la salud.

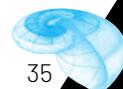
#### A. Multiconcepción incluyente de salud (MUSA)

La definición del concepto salud resulta sustancial para potenciar el trabajo en redes de atención debido a que, según su amplitud o límites, así será la visión que se tenga del tipo de acciones sanitarias a realizar para beneficio de la población y de la necesidad de articulación de la institucionalidad

pública, con los diferentes actores nacionales e internacionales del sistema de salud.

Aunque hoy en día se reconoce la importancia de lo social, político, económico y cultural en el proceso salud enfermedad; en las prácticas institucionales de atención, de formación e investigación, la concepción biomédica es la que continúa dominando y restringiendo las posibilidades de desarrollar intervenciones sanitarias integrales e incluyentes.

La concepción biomédica forma parte del paradigma clásico de la ciencia y es la base de lo que Menéndez denomina el Modelo Médico Hegemónico (1984, p. 6). Esta perspectiva científica dominante en la salud pública genera una narrativa sobre cómo los diferentes conceptos de salud enfermedad se han dado de forma histórica, uno tras otro, incidiendo en la forma en que las poblaciones afrontan o actúan sobre su problemática sanitaria. Tal narrativa tiene un carácter evolutivo, considerando que esa sucesión de conceptos y prácticas en salud van mejorando a lo largo del tiempo y que la biomedicina actual es el pináculo de las ciencias de la salud. Esta interpretación es una ilusión ya que, en la realidad, los llamados conceptos mágicos religiosos, empíricos, científicos u otros, se dan simultáneamente en el presente y su validez depende del tipo de problema sanitario que se esté enfrentando por parte de un individuo o una colectividad; y del contexto socio cultural.



Por ello, al considerar que el conocimiento científico, normalmente occidental y biomédico, es superior a otros tipos de conocimiento sanitario, genera discriminación de saberes o conocimientos que pueden generarse en otras disciplinas o marcos culturales populares y/o ancestrales. En síntesis, se genera una visión dominante a partir de un paradigma que se considera el único válido, producto del proceso civilizatorio occidental y evolutivo, considerando de menos, excluyendo o discriminando, a otros paradigmas alternos del campo de la salud.

La forma como se propone resolver esta situación conceptual es a partir de explicitar la necesidad de mantener, desde una perspectiva de la salud pública basada en derechos, la consideración de que en la realidad coexisten diversos paradigmas de la salud que se comunican y retroalimentan entre sí y que determinan de manera diversa: concepciones, prácticas, desarrollos tecnológicos, formas de organización, normatividad y orden social, vinculadas a la salud. Estos paradigmas del campo de la salud que, se presentan a continuación, deben ser considerados como complementarios y sinérgicos para la resolución de los problemas de salud de la población.

En la FIGURA 2, se visualizan algunos de los paradigmas del campo de la salud que parecen ser más significativos en el momento actual.

El primero de ellos es el paradigma mono y multicausal. La mono causalidad, es la máxima simplificación de la ciencia clásica aplicada al campo de la salud, y está vigente en la práctica médica y de salud pública. Por ejemplo, la vacunación es la solución priorizada a problemas sanitarios infecciosos que podrían ser erradicados con cambios en su determinación social o de las condiciones de vida de la población afectada. El multicausal, que se origina desde la tríada de Leavell y Clark, pasando a modelos multicausales y de factores de riesgo, alcanzando diseños y análisis esta-

dísticos más complejos, es la más vigente en el campo de la investigación clínica y de la salud pública. La mono y multicausalidad, forman parte del paradigma clásico de la ciencia occidental que se inicia con Descartes y Newton, de acuerdo a autores como Capra (1992). Este paradigma se caracteriza por la separación y fragmentación del objeto de conocimiento en sus partes, por la pretendida objetividad del investigador separándolo del su objeto de estudio, por elevar a verdad un cuerpo teórico o conceptual, y por el determinismo lineal.

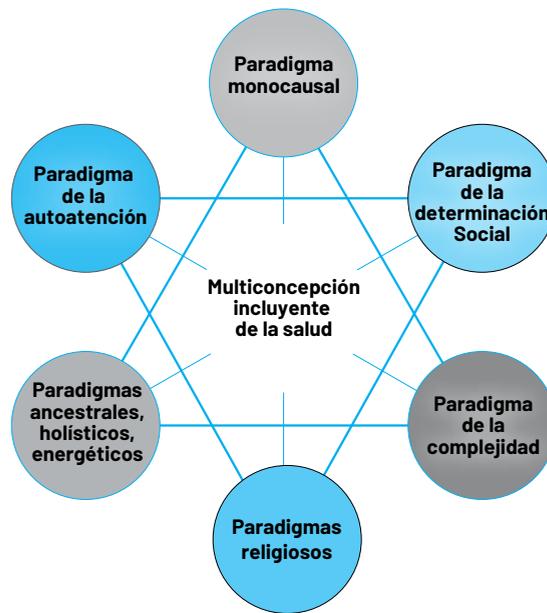
El paradigma de la determinación social, relacionado con el planteamiento del carácter histórico social del problema salud enfermedad (Laurell, 1994). Este paradigma supera la visión biologicista y utiliza los aportes de las ciencias sociales (ciencia política, sociología, y antropología). Destaca en este campo los aportes de la medicina social, psicología social y la antropología médica, que enriquecen desde la perspectiva inter disciplinar al estudio de la determinación social de la salud-enfermedad-atención, aunque muchos de sus aportes no se utilizan para la formulación de política, diseño de modelos, la epidemiología y salud pública.

Este paradigma de la Determinación Social, que es diverso y que en síntesis clarifica lo social dentro del campo de la salud, no escapa del pensamiento racional y del determinismo, aunque aspira de manera amplia a explicar la relación entre lo social y lo biológico, superando las miradas funcionalistas de las ciencias sociales. Es parte constituyente de la tensión sociológica entre las teorías del consenso y las teorías del conflicto (López-Arellano & Blanco-Gil, 1994), en lo referente a la forma como se entiende o se construye los aspectos teóricos, metodológicos y prácticos, de las ciencias sociales aplicadas al trabajo académico, intervenciones sanitarias o en la salud pública.



Figura 2

## Paradigmas del campo de la salud y la multiconcepción de la salud



Fuente: elaborado por (Almeida-Filho, 2000; López-Arellano & Blanco-Gil, 1994; Morin, 2005; Santos, 2009).

El paradigma de la complejidad, es el que algunos autores llaman el Nuevo Paradigma de la Ciencia o Nueva Ciencia (Almeida-Filho, 2000; Morin, 2005) o Paradigma Emergente (Santos, 2009). Este tiene como fuente primaria los estudios, relativamente recientes, en termodinámica, física moderna o cuántica y biología, entre otros. Plantea la complejidad y la transdisciplinariedad, como rasgos básicos del conocimiento teórico y de los objetos concretos de conocimiento. Algunas de sus características básicas son las siguientes: las propiedades de las partes pueden ser sólo entendidas en su relación con otras y con el todo; no existe separación entre observador y observado, cuestionando la pretendida objetividad científica; la realidad se interpreta como una red interconectada entre sí y con otras; los conceptos y teorías son solamente aproximaciones pero no la verdad; y se parte de la incertidumbre y de la determinación no lineal (Almeida-Filho,

2006b). En el marco del nuevo paradigma de la ciencia, varios autores (Almeida-Filho, 2000; Bohm, 2002; Capra, 1992, 2000, 2001; Morin, 2005; Santos, 2009), se distancian del paradigma clásico de la ciencia aplicado a la salud y proponen una posición abierta de construcción del conocimiento, con capacidad de interactuar y afectarse por otras formas de concebir la realidad. Concretamente plantean la búsqueda de síntesis paradigmáticas progresivas y la ruptura epistemológica con posiciones que consideran válida una única racionalidad disciplinar. Lo que plantean es abrirse a la articulación o relación horizontal del conocimiento actual, considerado científico, con saberes y conocimientos considerados no científicos. En el caso de la salud, esto se constituye en propuestas de descolonización del campo de la salud y mediante la pertinencia intercultural, plantear un nuevo marco de relaciones entre el modelo médico hegemónico de

las instituciones públicas, con: por un lado, el conocimiento y practica ancestral y popular de las comunidades; y, por otro, con el modelo de autoatención de personas, familias y colectivos, que sintetiza el conjunto de conocimientos y prácticas disponibles en el contexto socio cultural que se trate.

Los Paradigmas Ancestrales, de naturaleza originaria, forman parte de todas las civilizaciones ausentes y presentes en este planeta tierra. Su entendimiento holístico es multidimensional alcanzando las dimensiones espirituales y energéticas, así como la permanente interrelación entre todo lo existente, incluyendo las diferentes manifestaciones de la naturaleza y del cosmos. Su síntesis, es la armonía y el equilibrio, de los procesos humanos entendidos en lo material, espiritual y social.

Estos paradigmas están presentes en las síntesis conceptuales y de afrontamiento que las poblaciones hacen para resolver sus problemas de salud y la fuente de conocimiento es la sabiduría ancestral, concretándose en lo que ahora se conoce como la medicina maya, garífuna, xinca, china, ayurvédica, entre otras. Existen además variantes originarias o ancestrales del mundo occidental, también desdeñadas y excluidas del conocimiento considerado verdadero o científico por el paradigma clásico de la ciencia.

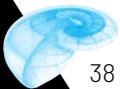
Los paradigmas religiosos, abarcan un amplio espectro de corrientes o formas religiosas en las que se plasmado la espiritualidad humana. La población, grupos o personas, de acuerdo con su pertenencia a una creencia religiosa específica, genera formas de afrontamiento, conductas y normas, individuales o colectivas, relacionadas con el cuidado a la salud y el tratamiento por enfermedad. Aunque si bien, la pertenencia a una religión condiciona la posibilidad del acceso de la población a determinados tipos de atención

institucional, en especial cobra relevancia ante enfermedades crónicas o graves.

Se considera que este paradigma tiene especial connotación en aspectos psicológicos o de salud mental de las personas, y se identifican al menos tres dimensiones importantes: una cognitiva, relacionada con la creencia religiosa; una de comportamiento, relacionada con actividades ritualistas y comportamientos religiosos; y afectivos, relacionados con el sentido de trascendencia (Quiceno & Vinaccia, 2009).

Por último, se encuentra el paradigma de la autoatención, que se refiere a las síntesis de conocimientos y prácticas, provenientes de diferentes paradigmas o modelos de salud, que grupos, familias y personas van utilizando de acuerdo con lo que consideran pertinente, útil y accesible. Es producto de un proceso sociocultural, de permanentes transacciones y resignificaciones que hace la población, de acuerdo con los diferentes paradigmas de la salud a los que tiene contacto.

Este paradigma está relacionado con el modelo de autoatención definido por Menéndez (1984), que puede considerarse como el verdadero primer punto de atención de la red. En este modelo, no media terapeuta o profesional de la salud, y hay utilización de una gran cantidad de conocimientos, prácticas, técnicas y recursos, que son accesibles a la población. De esta forma es como las comunidades realizan acciones de promoción y prevención a la salud, pero especialmente dan atención a la enfermedad de forma individual o colectiva (grupos de autoayuda, entre otros). Es parte de lo que se puede llamar saber popular, entendido éste como las concepciones y formas de afrontamiento a los problemas de salud por parte de la población con base a la experiencia local y que es independiente a la presencia de las organizaciones o instituciones públicas o privadas.



El reconocimiento de la vigencia de estos paradigmas en el campo de la salud, entre otros, permite visualizarlos en los individuos, familias, comunidades, colectivos, organizaciones e instituciones. La importancia relativa de cada uno de ellos depende del contexto específico que se trate y de las múltiples transacciones entre paradigmas que la población realiza. La importancia de lo religioso o de un modelo de salud ancestral (ejemplo: la cosmovisión maya), relacionados con el modelo médico hegemónico o biomédico (tratamientos específicos de diversa índole, desde un suero para revitalizarse, el uso de un antibiótico conocido popularmente o la negativa a la vacunación), en una persona, dependerá de su historia familiar y comunitaria, inserción en procesos de producción y consumo, su pertenencia o no a un pueblo ancestral, entre otros. La multiconcepción de la salud nos invita a reconocer las diferentes lógicas de atención (muchas veces interconectadas), entre lo que se llama en esta propuesta, los componentes de las redes de atención en salud (RAS).

Esta forma abierta y diversa de concebir la salud, permite un enfoque más humano, integral e inclusivo para la definición de políticas, planes, modelos y redes de atención en salud. En el caso guatemalteco cobra especial relevancia por la presencia de múltiples pueblos indígenas, xinca, garífuna y mestizos, que mantienen lógicas de reproducción social muy diversas y modelos de auto atención producto de las transacciones y síntesis entre los diferentes paradigmas mencionados.

Por la historia particular de Guatemala, el reconocimiento de la vigencia, utilidad y validez de modelos de salud originados en paradigmas diferentes al modelo médico hegemónico resulta muy importante. Es la posibilidad de construir una sociedad inclusiva y descolonizada del saber hegemónico occidental en el campo de la salud.

La formulación y puesta en marcha de una política de salud desde esta perspectiva, permite fortalecer la democracia y la institucionalidad pública, teniendo como base el derecho de los pueblos originarios o ancestrales.

A manera de cierre de este apartado queda indicar lo siguiente. Los paradigmas presentados tienen diferentes visiones sobre la salud y en consecuencia sobre la enfermedad y la muerte. Algunos tienen alcances sistémicos o tratan de dar cuenta de la totalidad de la realidad, mientras que otros se plantean aspectos parciales o elementos aislados o con relaciones limitadas.

A continuación, se presentan algunos puntos de síntesis que orientan a reflexionar sobre los alcances de la multiconcepción en el campo de la salud:

- La salud se entiende desde al menos las siguientes dimensiones: energética, espiritual, religiosa, psicológica (emocional y mental), ideológica, biológica, ambiental, cultural, social, económica y política.
- Estas múltiples dimensiones están totalmente relacionadas y son interdependientes. A lo largo del tiempo, su forma de concreción diferenciada en la sociedad puede generar determinados e inequitativos procesos de enfermedad o muerte.
- Evidencian diferentes planos de la realidad interconectados, entre lo que se puede llamar lo interno y lo externo con relación a las personas, la naturaleza y todo lo que existe.
- Las múltiples dimensiones pueden tener muchos ámbitos de concreción, en esta propuesta de modelo y redes de atención delimitaremos tres: el individual, familiar y comunitario o colectivo.



- Se abren muchas posibilidades para los conceptos y prácticas de salud, donde la lógica de complementariedad y de hacer sinergia, es superior a descartar o señalar como inválida las otras formas de concepción y afrontamiento
- Se requiere de diferentes disciplinas o formas de entendimiento de cada dimensión en su interrelación con las otras. Lo que invita a trabajar de manera inter o transdisciplinaria el campo de la salud.
- La salud humana no es independiente de otros procesos y especialmente está relacionada con el ambiente o Madre Naturaleza.
- Desde el nuevo paradigma de la ciencia o los paradigmas ancestrales, la energía está presente en todo lo existente, en lo orgánico e inorgánico, lo que abre las posibilidades de interconexiones energéticas más allá de nuestro entendimiento intelectual acotado a la percepción del mundo físico.
- A partir de lo anterior, se puede indicar que la salud como concepto centrado en el individuo, familia o las colectividades deja de tener sentido. Es claro, que la idea de la salud y la enfermedad definida de manera antropocéntrica resulta limitada, sino se vincula al estado de armonía o bienestar de todo lo que le rodea y a las relaciones que se establecen. La salud de la naturaleza, de todo lo orgánico e inorgánico, del planeta en sí mismo y del ser humano, es una sola salud.

Estos puntos de síntesis abren la puerta a reflexionar sobre las implicaciones de la MUSA sobre la salud pública. Se plantea entonces, una posición teórica y metodológica, abierta y reflexiva para la construcción de modelos y redes de atención.

## B. Multiconcepción incluyente de salud y sus implicaciones para la salud pública.

La multiconcepción incluyente de la salud (MUSA), y los puntos de síntesis listados en el apartado anterior, pueden llegar a tener implicaciones importantes y posibilidades de transformación para la salud pública. Puede afectar la forma como se entiende y organiza la atención a los problemas de salud, pero también puede llegar a abarcar o influir procesos de rectoría, gobernanza, regulación, gestión y soporte, como la gestión de la calidad en las redes de atención.

A continuación, se presentan implicaciones de la multiconcepción con la salud pública y redes de atención:

### 1. Cambio de pensamientos y valores

La MUSA, tiene impacto en el pensamiento y valores en los que se sustenta la salud pública. Todos los paradigmas señalados llevan implícito un marco de valores o de principios, así como una forma y contenido de lo que se percibe y se hace en el campo de la salud. Lo central en cada paradigma es la búsqueda o la respuesta que se da sobre qué es la salud y la enfermedad, finalmente qué es la vida y la muerte (Capra, 2000).

Ante la propuesta de considerar como válidos, útiles y necesarios todos los paradigmas enunciados. Se requiere considerar un equilibrio entre lo asertivo e integrativo, en el pensamiento y los valores (ver CUADRO 1). La actitud del personal de salud (a todo nivel, desde los formuladores de política a los operadores de ésta), y el trabajo sanitario, debieran estar dirigidos hacia la articulación, el complemento y sinergia, de lo que aporta cada paradigma.



**Cuadro 1**

Pensamientos y valores			
Pensamiento		Valores	
Asertivo	Integrativo	Asertivo	Integrativo
Racional	Intuitivo	Expansión	Conservación
Analítico	Sintético	Competición	Cooperación
Reduccionista	Holístico	Cantidad	Calidad
Lineal	No lineal	Dominación	Asociación

**Fuente:** (Capra, 2000, p. 31).

Lo que se echa en falta, generalmente, es el enfoque integrativo e incluyente. Este facilitaría el respeto, el encuentro, la colaboración y mutuo aprendizaje entre modelos de salud, organizaciones e instituciones, desde la perspectiva de las relaciones externas en la red. No obstante, también resulta crucial para lo que se propondrá posteriormente como el trabajo matricial, que busca la colaboración y síntesis progresivas de las diferentes disciplinas que se desempeñan dentro de las instituciones, particularmente dentro del MSPAS.

La MUSA, requiere una transformación de la misma institucionalidad pública de salud. Particularmente, es un reto los cambios en la gestión y formación del personal; el establecimiento de renovados climas organizacionales, innovando competencias y nuevas formas de relacionamiento del personal de la salud, dentro y fuera de las instituciones.

## 2. Una epistemología en salud abierta y en diálogo, en construcción

Cada paradigma parte de ciertos principios teóricos y metodológicos sobre cómo obtener el conocimiento y, en consecuencia, como intervenir en la realidad (en eso que se conoce). Cada paradigma genera criterios sobre lo que se

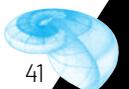
considera científico o no, impactando en normas de atención y regulación, así como de vigilancia en salud, investigación y formación del recurso humano en salud.

La MUSA, es una posición abierta y es una actitud de diálogo, que escapa de la calificación absoluta de lo que es o no es científico. Cuestiona que la racionalidad occidental sea la única que puede dar sentido a la ciencia médica y a la salud pública. Y reconoce que la ciencia dominante en salud enfrenta serios problemas para alcanzar a dar una atención humana e integral. Siguiendo las ideas de Santos (2009), desde un planteamiento más general, actualmente se está ante la crisis del paradigma dominante de la ciencia.

Este planteamiento de que todo paradigma de la ciencia tiene valor y que es útil en la salud pública, nos lleva a considerar la importancia de la transdisciplinariedad y de la complejidad como abordajes necesarios para la interpretación y explicación del comportamiento de la salud-enfermedad-muerte y de la forma de concebir la organización de la atención en salud.

## 3. La complejidad epidemiológica socio cultural

La complejidad epidemiológica se refiere al reconocimiento que el comportamiento de las



formas de morir y enfermar de la población no sigue patrones o transiciones univocas. Es el planteamiento que, en la sociedad guatemalteca, no se verifica la pretendida transición epidemiológica en la que se proponía un cambio de enfermedades infecciosas y carenciales, a enfermedades crónico-degenerativas, propias de los procesos de desarrollo. En la realidad, enfermedades carenciales, infecciosas, crónico degenerativas, violencias y accidentes, problemas psicosociales y ambientales, entre otras, subsisten al mismo tiempo y afectan de manera desigual a la población. La población en estado de pobreza y extrema pobreza concentra la mayor parte de morbilidades y daño en general a su salud, debido a su situación de desventaja dentro de los procesos de producción, consumo y socio culturales.

Los análisis de carga de enfermedad que combinan la muerte prematura y discapacidad ayudan a comprender de una manera más completa, que las poblaciones padecen importantes daños a su salud, que muchas veces no son atendidos por los sistemas de salud de forma apropiada o no son considerados prioritarios (OMS, 2013).

Sumado a lo anterior, dada la diversidad de paradigmas, hay daños a la salud que son reconocidos y conceptualizados como tales, por un determinado paradigma o modelo de salud. Esto es particularmente importante en los paradigmas religiosos, ancestrales y de autoatención. La definición de un problema de salud, su causalidad y las formas de afrontamiento están fuertemente condicionadas por los paradigmas mencionados, existiendo determinadas enfermedades que en cada paradigma puede tener diferente concepción y tratamiento. También es posible encontrar determinados problemas de salud definidos únicamente por uno de los paradigmas, siendo desconocidos por los otros.

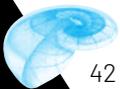
Finalmente se debe indicar que toda enfermedad o muerte, es concebida de maneras diversas y particulares dependiendo de los paradigmas presentes y las transacciones de conceptos y prácticas entre ellos. Toda enfermedad y muerte, es un hecho cultural, abarcando dimensiones no tomadas en cuenta con modelos biomédicos (mono o multicausales). Una adecuada atención, requiere una vigilancia en salud socio cultural que trabaje con la complejidad y heterogeneidad de los perfiles epidemiológicos, reconociendo los procesos de determinación, condicionantes y riesgos a la salud.

#### **4. La unidad de la salud pública, dentro de la diversidad de concepciones y acciones**

La MUSA, lleva a no descartar el conjunto de instrumental existente en la salud pública (muchas veces con enfoque de riesgo -multicausal-). El desarrollo tecnológico debe ser aprovechado en un contexto institucional y social que transforme los contenidos de la atención, regulación y vigilancia. Que garantice el derecho y el acceso universal a la salud.

Considerando que existen paradigmas con visiones más completas que otros, como el de la determinación social y el de la complejidad, se trasciende de las intervenciones verticales, curativas y parciales centradas en individuos, a intervenciones horizontales basadas en la integración de enfoques (promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos), a nivel individual, familiar y comunitario.

Lo importante es que estas visiones holísticas e integrales, de la complejidad y determinación social, den coherencia al total de acciones sanitarias que se realizan y que doten de sentido estratégico a la política, planificación y desarrollo institucional. En este sentido, la presente recon-



ceptualización de la red de atención en salud que se presenta en este documento, parte de estos paradigmas que coinciden con la concepción sistémica de redes.

## 5. La necesidad de articular esfuerzos organizacionales e institucionales para garantizar el derecho y el acceso público a la salud

La MUSA cambia la idea dominante o hegemónica, del rol y relaciones que se establecen desde la institucionalidad pública o privada, basada en el modelo médico hegemónico, planteando la necesidad de una transformación del sistema de salud desde las transacciones y síntesis, entre los diferentes paradigmas de salud enunciados. En otras palabras, la de-construcción de la vieja práctica sanitaria que subestima el conocimiento de la población y el avance hacia la descolonización del saber en salud.

Relativiza el rol y la importancia de los servicios institucionales de salud, al considerar que son uno más en el entramado de actores sociales, políticos, instituciones relacionadas con la salud, terapeutas ancestrales y populares. Lo que contribuye a dimensionar la importancia de la participación social, la intersectorialidad y redes, consideradas más allá de las instituciones formales de salud.

Reconoce, frente a la complejidad epidemiológica, la necesidad de generar una atención integral e incluyente. Por ello, la articulación, no sólo entre organizaciones o instituciones prestadoras de servicios formales de salud, sino más bien con una amplitud de posibilidades de acuerdo con lo existente en cada contexto nacional, regional, departamental, municipal o local, es necesaria. Consecuentemente, cobra relevancia la articulación de redes institucionales con los modelos

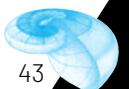
ancestrales, modelos de autoatención (Menéndez, 1984), grupos de autoayuda, con los conocimientos populares o saberes de comunidades, familias e individuos. Todo ello en una condición de respeto y relación horizontal y no desde la subalternidad.

## 6. Los enfoques transversales

Dar cuenta del MUSA en la práctica sanitaria, significa desarrollar y aplicar enfoques transversales que contribuyan a la equidad tales como la pertinencia intercultural, el género, el ambiente o madre naturaleza. Estos enfoques transversales han visibilizado aspectos relacionados con las múltiples dimensiones del campo de la salud, son un aporte desde la transdisciplinariedad y su aplicación permite una atención pertinente a la población desde lo individual a lo colectivo. Estos enfoques transversales se relacionan con el trabajo sobre la determinación social y condicionantes, es decir en el marco de la promoción de la salud. En este documento los enfoques transversales son presentados como perspectivas y atributos del modelo y redes de atención en salud.

## 7. Una nueva relación con el ambiente o Madre Naturaleza

Un aspecto fundamental para alcanzar impacto en las intervenciones de salud pública es el enfoque de trabajo con el ambiente o Madre Naturaleza. Tradicionalmente el ambiente se considera como un conjunto de factores de riesgo por sus propias características (como fuente de contaminación, por ejemplo) o porque genera condiciones para la presencia de enfermedades vectoriales. No obstante, se sigue manteniendo la visión antropocéntrica de la perspectiva ambiental y en general de la salud pública.

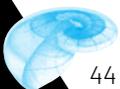


Como se anotó en los puntos de síntesis de la MUSA, el ambiente debe ser considerado como un sistema energético, con múltiples dimensiones, cuyo bienestar o salud, está íntimamente relacionada con la salud del ser humano. Se debe alcanzar una visión holística y biocéntrica, en la cual la población es una más. Se debe guardar la armonía y el equilibrio con el ambiente, ampliamente entendido.

En el trabajo de redes de atención, el territorio adquiere una importancia cada vez mayor, por las posibilidades de trabajo coordinado de equi-

pos de salud, en cada vez mayores extensiones poblacionales, naturales y urbanísticas. Lo que implica enfoques de promoción de la salud importantes (intersectoriales).

En esta nueva relación con el ambiente o madre naturaleza, implica un trabajo político con líderes de los pueblos presentes en defensa del territorio y de un aprendizaje horizontal entre las múltiples concepciones sobre la salud y el ambiente. En este sentido la cosmovisión de los pueblos ancestrales puede ser una importante fuente de renovación para la política pública de salud.





## CAPÍTULO IV

### La reproducción social, complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud

la reconceptualización del modelo y redes de atención en salud debe considerar los paradigmas antes enunciados. Comprendiendo que, bajo diferentes lógicas y necesidades, cada uno de ellos tiene su funcionalidad en el campo de la salud, específicamente en la política e institucionalidad pública de salud.

Sin embargo, se necesita desarrollar un planteamiento innovador para la salud pública, que debe abarcar la totalidad de las acciones de salud consideradas necesarias para el logro del derecho a la salud. El paradigma de la complejidad y de la determinación social, pueden dar una lógica sistémica que integre los diferentes conceptos y prácticas bajo una misma sentido estratégico cuya misión final sea el generar condiciones de salud y vida.

Las diferencias epistemológicas y de desarrollo conceptual de los paradigmas de la determinación social y de la complejidad en el campo de la salud no debiesen de ser un obstáculo para trabajar a partir de los aportes y elementos comunes que se pueden encontrar en ambos planteamientos. Aún las diferencias pueden servir para matizar y complementar visiones sobre contenidos y formas de trabajo en salud.

El paradigma de la complejidad y la transdisciplinariedad, como una consecuencia de este, tienen la posibilidad de acercar un planteamiento occidental sobre el conocimiento y la realidad en

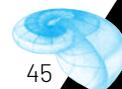
salud, con los paradigmas ancestrales. El punto de encuentro se ubica en la forma unitaria y diversa como se concibe los diferentes planos de expresión y de interconexión entre la materia y la energía.

En este capítulo se plantea que la reproducción social, es un concepto que da cuenta del movimiento sistémico de la sociedad, que abre las posibilidades a plantear un equilibrio entre la determinación e indeterminación, integrando aspectos de la complejidad y la transdisciplinariedad.

El objetivo es alcanzar un planteamiento lógico que oriente el análisis de la situación de salud y la forma como debe organizarse una atención integral y pertinente a dicho análisis.

#### A. Reproducción Social

La reproducción social (RS), es entendida como un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad (Blanco & Sáenz, 1994, p. 62). Adquiere formas y contenidos específicos de acuerdo con las características económicas, políticas, sociales, culturales, genéricas, ideológicas, psicológicas, energéticas y espirituales, que la misma colectividad ha desarrollado a lo largo de la historia. Por ello, la RS es expresión de la lógica dominante y heterogeneidad del sistema económico del cual forma parte, del tipo de estado y sus políticas públicas.



La RS permite estudiar la forma como se sucede históricamente la determinación y la indeterminación social de la salud y su efecto en las diferentes formas de enfermar y morir de personas, familias, conjuntos socio-culturales o clases sociales.

La RS es producto de la interacción de tres procesos: producción, consumo y socio cultural (género). Estos tres procesos interactúan, afectándose mutuamente, y generando condiciones de vida y riesgos que se distribuyen de manera diferenciada a lo largo de la sociedad. Estos procesos se dan en interdependencia con el ambiente o Madre Naturaleza. (FIGURA 3)

El proceso de producción, de consumo y el socio-cultural tienen una estrecha relación, se concretan a diferentes niveles y en cada sociedad se dan de forma heterogénea, mostrándose en las lógicas de acción o de afrontamiento ante sus necesidades de sobrevivencia o de reproducción social.

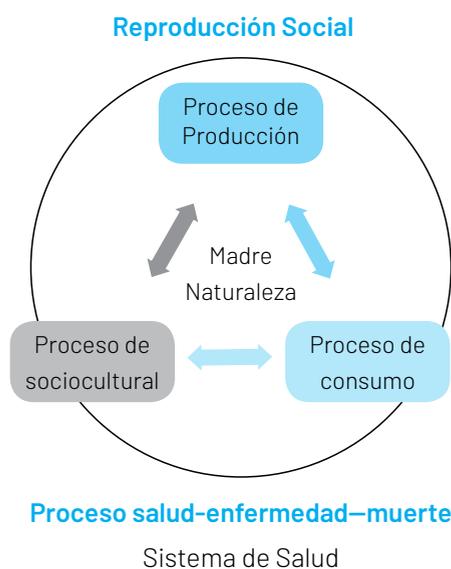
La RS nos permite entonces identificar los niveles poblacionales sobre los cuales es posible actuar

de una manera integral desde la promoción, prevención, rehabilitación, curación y cuidados paliativos. Estos niveles, se denominan de análisis/ acción y son: el comunitario, en referencia a las formas colectivas cómo se organiza la población en aldeas, caseríos, barrios, ámbitos laborales, organizaciones o redes colectivas específicas, entre otras, y que a su vez forma parte de colectividades mayores a nivel nacional y global; el familiar, concebido como el espacio donde una o más personas conviven en lo cotidiano, compartiendo sus condiciones materiales y generando apoyos de diferentes naturaleza, en permanente relación con el nivel comunitario o colectivo; y el individual, referido a la situación personal específica que generalmente está inmersa en una familia, comunidad o colectividad.

El nivel comunitario, familiar e individual, es la base para organizar las formas de atención a la población, aspirando a generar una atención y vigilancia en salud integral e incluyente en cada uno de ellos, a partir de lo que se define como horizontalización programática.

**Figura 3**

**La relación entre reproducción social y el proceso salud enfermedad: Proceso de producción, consumo y sociocultural.**



Fuente: Instituto de Salud Incluyente

**El proceso de producción** se refiere a los diferentes procesos laborales donde se encuentra trabajando la población. Estos procesos laborales pueden ser de diversos tipos y, de acuerdo con sus características, pueden adquirir lógicas diferentes y afectar de manera diferenciada al proceso salud-enfermedad de la población que trabaja en ellos. Además, el campo de intervención es diferenciado para el caos de condiciones laborales en relación de dependencia hacia un patrono, o bien si se realizan actividades productivas propias, así como el aumento de condiciones de flexibilización del mercado laboral presentes, como negocio urbano propio, transporte o emprendimiento. Asimismo, otras formas de subsistencia y producción inherentes a espacios de marginalización de personas en condición de calle y miseria.

El proceso de producción puede acarrear cargas laborales de materialidad externa, como las físicas, químicas, biológicas y mecánicas; y las de materialidad interna, como las fisiológicas y las psíquicas (Laurell, 1991: 69) y de otra orden, las cuales pueden estar relacionadas con las condiciones laborales a las que se expone la población trabajadora y asociadas a las formas de organización y división social del trabajo, mediado por género. La participación en determinados procesos productivos implica diferentes ingresos económicos y prestaciones laborales, que se vinculan a las posibilidades de recuperación y condiciones de vida (proceso de consumo).

Los procesos de producción también mantienen una relación de dependencia con el ambiente o Madre Naturaleza. Por ejemplo, actividades productivas de ganadería o monocultivos pueden significar determinado tipo de daños o enfermar a la naturaleza en el área rural. Actividades industriales, por sus desechos y otras formas de contaminación pueden afectar a áreas rurales y urbanas.

Las formas de producción en que se encuentran los individuos, familias o colectivos, condicionan diferentes organizaciones de acuerdo con las necesidades de buscar mejores condiciones para su reproducción social. Estas organizaciones pueden ir desde organizaciones laborales como el sindicalismo, o bien, formas de organización campesinas como cooperativismo, entre otras.

**El proceso de consumo**, como parte de la reproducción material de los conjuntos socio-culturales, es el medio por el cual los conjuntos humanos realizan y reconstituyen su capacidad corporal y/o mental perdida durante su proceso de trabajo y/o vida cotidiana. El consumo adopta varias formas: consumo de los bienes producidos y mediados por la distribución; consumo de los bienes producidos en el trabajo doméstico y las actividades improductivas; consumo de los valores de uso naturales (oxígeno del aire, radiaciones ultravioleta) (Breilh, 2008).

Se pueden definir tres niveles para este proceso: el nivel individual, que está relacionado con la forma particular como las personas se insertan en el sistema productivo, específicamente con las características del proceso laboral en el que participan y de los beneficios que de él se generan; el nivel familiar, caracterizado por los bienes y servicios generados por sus miembros para el autoconsumo y por el ingreso familiar conformado por los ingresos individuales de sus miembros; y, el nivel comunitario, constituido por las formas socializadas de consumo que son las generadas de manera colectiva por la comunidad –conjuntos socio-culturales– y los beneficios y servicios brindados por el Estado.

La población, comunidades o colectivos se organizan de forma colectiva, de acuerdo con sus necesidades y condiciones del contexto donde se encuentran, para proveerse de determinados bienes y servicios que se generan por la gestión política y social que realizan desde sus propias organizaciones de sociedad civil.



El proceso de consumo tiene relación con el diseño y puesta en marcha de políticas públicas que impactan en sus condiciones de vida. Las posibilidades de contar con servicios de educación, salud, ambiente, entre otros, está relacionado con la forma concreta que adquiere la reproducción social en cada sociedad.

Se puede indicar que el sistema de salud, su configuración, contenido y formas de atención en salud, es una expresión concreta del proceso de consumo de una sociedad dada.

**El proceso socio-cultural**, se refiere a aspectos de carácter no material y que forman parte de la reproducción cultural, genérica, ideológica, espiritual y energética, abarcando aspectos religiosos que caracterizan a los individuos, familias y colectivos. Es multidimensional y está relacionado con el significado, valores, normas y formas de actuar de la población a diferentes niveles. Es una construcción histórico social elaborada desde una realidad material que moldea el significado de esa misma condición material.

En el proceso sociocultural, la dimensión cultural adquiere relevancia, dado que es relacional y tiene que ver con las formas de dominación que se han hecho, en el caso de Guatemala, desde la cultura y ciencia occidental. La pertenencia a un determinado pueblo implica un conjunto de principios, valores y normas de acción, una cosmovisión específica. De acuerdo con los procesos de transacción con otras culturas y contextos materiales diversos, se modela una determinada forma de interpretar y actuar sobre la realidad. En el caso de la salud, los pueblos originarios y populares de Guatemala, son portadores de sistemas médicos que proceden de otras lógicas socioculturales, holísticas e integrales, con presencia histórica en cantidades y calidades muy importantes para la población guatemalteca.

Dentro de este proceso la dimensión de género es considerada como parte de los procesos de determinación social y está inmersa en relaciones de poder que han favorecido estructuras de poder patriarcal. Esto genera una gran cantidad de inequidades en condiciones y riesgos, así como en formas y contenidos de atención en salud parciales, para todos los géneros presentes. Las dimensiones culturales y de género mantiene una profunda interrelación, debiéndose tomar en cuenta que el abordaje de una debe considerar a la otra.

El **ambiente o Madre Naturaleza**, es considerado un sistema biológico, energético, espiritual, cultural, social, político y económico, donde se realizan los procesos de reproducción social. El ambiente o la Madre Naturaleza forma parte de las dimensiones biológicas y de elementos del planeta, pero también abarca los ambientes artificiales que el ser humano ha construido para su sobrevivencia.

La perspectiva holística y bioncentrica que mantiene este documento, considera que el ambiente o Madre Naturaleza está enferma y que la acción humana le causa tremendos daños. La enfermedad del ambiente se constituye en una condición generadora de enfermedad y muerte para el ser humano.

Un aspecto muy importante que considerar es que, desde el paradigma de los pueblos originarios o ancestrales, el ambiente o Madre Naturaleza es un sistema con vida, energía y espíritu, del cual se forma parte. Esta consideración por sí misma, debería incidir en las formas de entender y de actuar en el campo de la salud.

Se considera que una forma de dar cuenta de la reproducción social en el campo de la salud pública es definiendo **niveles de análisis-acción**, que permitan una acción sanitaria integral e incluyente (**FIGURA 4**). Estos son definidos de la siguiente manera.



Figura 4

## Niveles de Análisis Acción de la Reproducción Social



Fuente: Instituto de Salud Inuyente

**El nivel comunitario** definido como una colectividad que habita un área geográfica delimitada y comparte el mismo contexto histórico y social local, urbano o rural. Este espacio no es homogéneo, sino de carácter multidimensional y procesal y determina aspectos de tipo ambiental y los recursos naturales a los que se tiene acceso. Es el nivel para desarrollar acciones de promoción de la salud, mediante la intersectorialidad y la participación social. Existe la posibilidad de generar un interés colectivo que sea fuente de cohesión comunitaria y de concreción de instancias colectivas representativas y legítimas, que instrumenten acciones y mecanismos a cubrir necesidades identificadas por la comunidad organizada.

**El nivel familiar o unidad doméstica**, definido como el grupo de personas, con parentesco o no, que comparten sus estrategias de reproducción social en un espacio común como la vivienda,

espacios urbanos subutilizados (por ejemplo: puentes, barrancos, barandales, cenefas o lugares abandonados) o condicionados por su actividad productiva (por ejemplo, casas de trabajo comercial de sexo) o por su identidad de género.

La unidad doméstica, en su actuar dinámico, se traduce en una visión que integra la reproducción material y cultural, que se concretan en un proceso socioeconómico-cultural específico que guarda estrecha relación con un determinado perfil de morbilidad y mortalidad. Se constituye en un mediador importante para el accionar de la salud pública sobre la determinación y condiciones de salud, debiendo considerar la multiplicidad de diferencias entre unidades domésticas para planificar sus intervenciones.

**El nivel individual**, referido a la persona, donde el proceso salud-enfermedad adquiere su manifestación concreta, producto de sus carac-



terísticas energéticas, espirituales, biológicas, psicológicas y sociales; y de su interrelación con los procesos de la reproducción social mediados por los niveles familiares y comunitarios.

De tal manera, que las acciones sanitarias y la prestación de servicios clínicos no tendrán ningún efecto sin comprender al individuo portador de una condición socio-económica-cultural, mediada por género y en su estrecha relación con el ambiente.

A manera de cierre. Si bien en el campo de la medicina social se plantea la reproducción social como una categoría que permite dar cuenta de la determinación del proceso salud enfermedad por su carácter histórico social. En sí misma contiene también las bases de la indeterminación.

Precisamente se da un encuentro conceptual y metodológico entre la reproducción social, la complejidad y la transdisciplinariedad. La RS, no debe ser vista como un proceso único y lineal, determinista, sino debe comprenderse como un complejo de relaciones entre lo material y socio-cultural, con una estructura sistémica abierta en constante transformación, cuyas partes se encuentran interrelacionadas por elementos, conexiones y parámetros cambiantes (Almeida Filho, 2005).

Como lo señala Almeida-Filho (2000), la no linealidad o la indeterminación, no sigue patrones azarosos o probabilísticos, sino más bien son producto de patrones de determinación complejos. Las posibilidades del cambio de curso o de transformación van ligadas a la acción humana y de la naturaleza.

Por lo tanto, la comprensión de la morfología de la reproducción social como sistema complejo a diferentes niveles, requiere un empeño conceptual superior a la simple distinción, clasificación y

relaciones de corte material, sino su vinculación a dimensiones energéticas y también espirituales.

## B. Complejidad y la transdisciplinariedad

La complejidad como planteamiento teórico y metodológico, que guíe la acción de la salud pública tiene poco desarrollo y está íntimamente relacionada con la transdisciplinariedad. Ambas, forman parte de un movimiento académico y social emergente, que se va situando progresivamente como la nueva ciencia.

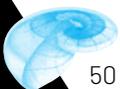
La transdisciplinariedad puede entenderse como la estrategia metodológica de la complejidad (Almeida-Filho, 2006a), y permite abarcar y relacionarse con los otros paradigmas dirigidos al estudio de la salud.

La complejidad y la transdisciplinariedad son una forma de interpretación que puede concretarse en formas sistémicas de comprensión del comportamiento de la salud, enfermedad y muerte en una sociedad; así como ayudar a definir la mejor forma de organización de la atención a las necesidades o problemáticas de salud. En otras palabras, es una perspectiva innovadora para dar contenido y forma a una nueva salud pública.

### *La complejidad:*

Desde la síntesis que hace Almeida (Almeida 2006 y 2000), podemos definir la complejidad mediante los siguientes aspectos que pueden aplicarse al campo de la salud:

- ✓ La salud debe entenderse como un campo conceptual y práctico de carácter complejo, constituido por diferentes dimensiones energéticas, psicológicas, ideológicas, genéricas, culturales, ambientales, sociales, económicas y políticas.



- ✓ Estas dimensiones alcanzan a tener un carácter histórico a lo largo del cual se concretan en una unidad diversa, que puede manifestarse estructuralmente en una sociedad con diferentes niveles de inequidad y exclusión.
- ✓ Este carácter histórico estructural puede comprenderse a partir de la idea de multiniveles jerarquizados y plurales, de la realidad. Que mantienen multiplicidad de relaciones o interconexiones entre niveles y sus componentes;
- ✓ El devenir histórico estructural de la salud se genera o se reproduce a partir de su retroalimentación en sus propios procesos sistémicos y en un marco de relaciones más amplio.
- ✓ Este devenir debiera comprenderse en un amplio marco de posibilidades de tendencias a ocurrir. Así como se puede reproducir las inequidades y exclusiones; también podría suceder que de acuerdo con las tensiones o perturbaciones que se generan dentro o fuera de ese mismo proceso histórico estructural, se den cambios o transformaciones de la realidad. En este sentido, también se pueda modificar las tendencias o comportamientos de la salud, enfermedad y muerte, en una sociedad dada.

Dentro del campo de la complejidad existen dos aportes relacionados con los aspectos anteriores, que adquieren particular importancia para

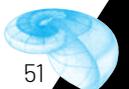
la reconceptualización de redes de atención que se realiza en este documento, uno de ellos es la teoría de redes y, el otro, la fractalidad.

La teoría de redes, ha sido desarrollada en las matemáticas, física moderna y en las ciencias de la computación, entre otras. Actualmente se reconoce que en la naturaleza y en la sociedad se puede encontrar redes reales y que, si bien pueden ser motivos de estudio, pueden servir como imágenes objetivo de conformación de diseños inteligentes que permitan transformar la realidad, en este caso, el sistema de salud.

Las redes, conocida también como teoría de grafos, se caracterizan por mantener patrones o mapas de relaciones graficadas como conexiones que se unen por nodos o vértices. Algunas de sus propiedades son su organización por niveles, la posibilidad de unirse o establecer vínculos con otras, y la fractalidad (Almeida-Filho, 2006b).

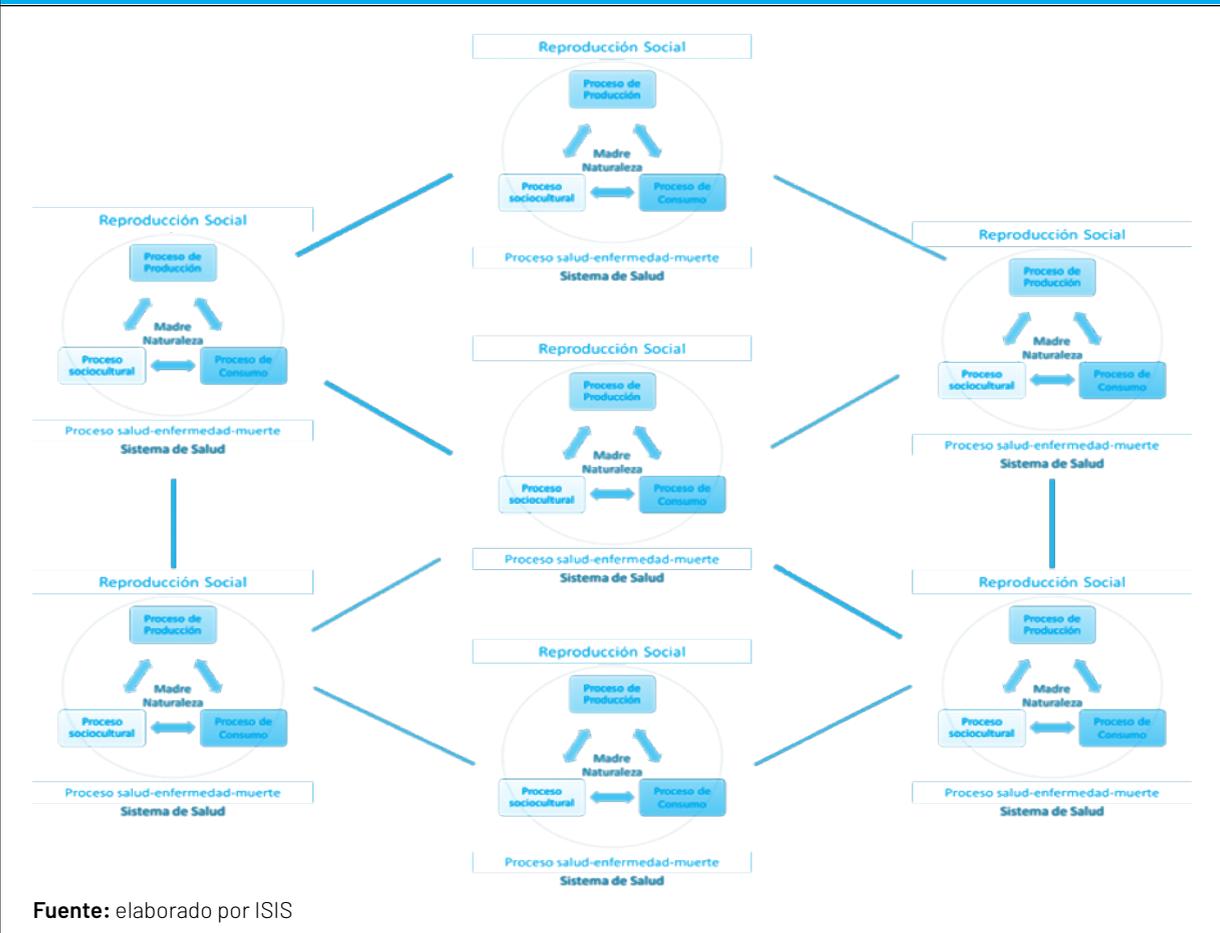
Aplicando esto al sistema de salud y la situación de salud de la población, se pueden considerar que forman parte de una totalidad mayor que abarca otras redes o procesos, con las que mantiene múltiples relaciones, inclusiones, transacciones e interdependencia.

Una forma de expresar y graficar estas relaciones en diferentes niveles de la realidad, partiendo de los procesos de la reproducción social, es considerar que puede estructurarse y visibilizarse mediante la imagen que se presenta en la FIGURA 5.



**Figura 5**

**Imagen de red relacionando al sistema de salud y al proceso salud enfermedad, con los procesos de reproducción social.**



Fuente: elaborado por ISIS

Un concepto que relaciona la imagen de red y la fractalidad, es el de holograma. Este se caracteriza por la propiedad de sus partes de contener al todo. Este concepto ha sido utilizado por David Bohm para explicar la constitución de la totalidad y su orden implicado (Bohm, 2002)

La fractalidad, es una noción geométrica que destaca la presencia en la naturaleza de estructuras cuyas formas y propiedades generales

se repiten en sus partes. Esta constancia en lo más pequeño ha influido en el término, “el infinito interior” (Almeida, 2000 & Capra 2000). Esta verificación indica que a diferentes niveles de la realidad hay principios, leyes o propiedades que se pueden mantener.

En la **Figura 6**, se puede observar a manera de ejemplo, la imagen fractal de la reproducción social en salud.

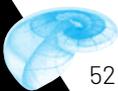
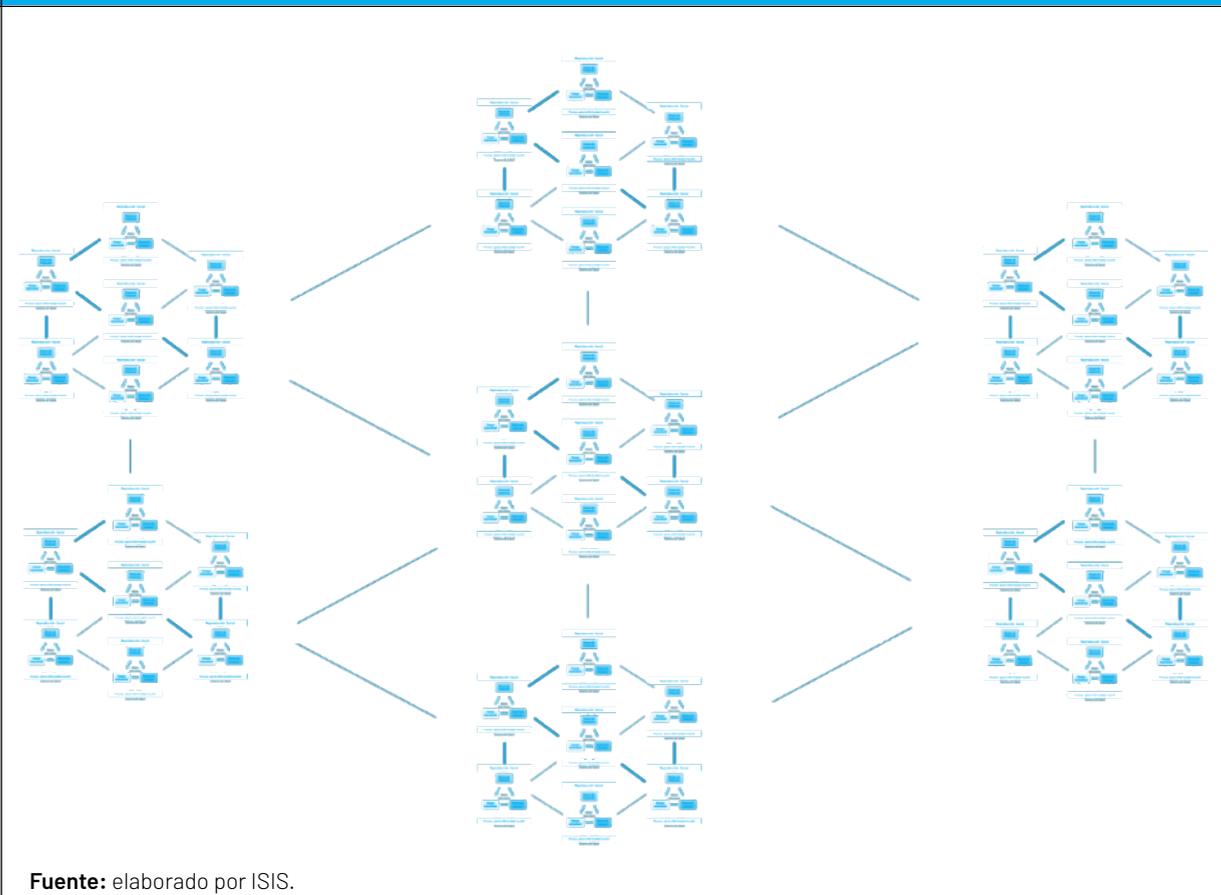


Figura 6

## Imagen hologramática de la red fractal de salud



Fuente: elaborado por ISIS.

De esa manera, el desarrollo histórico del sistema de salud y de la situación de salud de la población, forma parte de la reproducción social y por ello adquiere un carácter histórico social, integrado por las diferentes multidimensiones enunciadas en apartados anteriores.

A partir de lo anterior, la complejidad nos permite visualizar o proyectar el proceso de transformación que se quiere realizar dentro del sistema de salud, particularmente en las redes de atención en salud y en las redes institucionales.

La noción de red y fractalidad parece sustancial al ser demostrado por varios científicos en la actualidad, que todos los sistemas vivos están organizados de esa forma (Capra, 2000). Se diría que es la forma inteligente y armoniosa de organizarse en algo cuya meta final es la salud y la vida, el sistema de salud.

Siguiendo a Capra (2000), él identifica tres criterios claves de todo sistema vivo: el patrón de organización, como la configuración de relaciones esenciales del sistema; la estructura, que es la concreción del patrón del sistema; y el proceso vital, que es dinámica procesal que mantiene o reproduce el patrón de la organizacional en una estructura.

Partiendo de lo anterior, esta propuesta de reconceptualización de las redes de atención pasa por definir una estructura organizacional en red, que debe ser sostenida por cierta organización definida por procesos, que permitan su realización y permanentes ajustes para garantizar el derecho a la salud.

### *La transdisciplinariedad:*

La transdisciplinariedad se concibe como parte integral o como método de la complejidad. Las múltiples lógicas inmersas en la complejidad, exige un abordaje desde diferentes disciplinas o paradigmas, que abarcan amplios campos del conocimiento y de la actividad humana. La salud, debiera ser interpretada desde diferentes disciplinas, pasando de relaciones inter a transdisciplinarias. Entendiendo esto no como un hecho logrado, sino más como un sentido de construcción y de aprendizaje permanente.

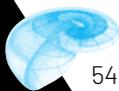
De hecho, la salud pública tiene cierto grado de avance en este sentido. En la propuesta de Max-Neef (2004), sobre los diferentes niveles de la inter y transdisciplinariedad, la salud pública podría tener ciertos desarrollos de acuerdo con la clasificación del autor: el nivel propositivo (al integrar, por ejemplo: ciencias básicas); el nivel normativo, referido a algunas formulaciones de definición de política y de planificación; el nivel valórico, referido a los valores, ética y filosofía.

No obstante, estos avances, el pensamiento mono o multicausal es el que predomina en el marco de la salud pública y se requiere, desde la MUSA, identificar la necesidad creciente de ir al encuentro y armonización entre disciplinas, para su aplicación práctica en el desarrollo del conocimiento y de las prácticas sanitarias.

Con base a Max-Neef, en esta reconceptualización de las redes de atención, se parte que la transdisciplinariedad es útil porque abre la posibilidad de identificar diferentes niveles de la realidad o mundos paralelos, que se constituyen como sistemas con sus propias leyes. Al menos se considera que el plano de la física cuántica obedece a leyes distintas a las del mundo macro físico.

Este planteamiento permite que la salud pública coordine, considere válidos y trate de manera respetuosa a otros paradigmas donde los aspectos internos -particularmente la energía y espiritualidad- resultan ser fundamentales. Se debe plantear que la transdisciplina debe abarcar a otras concepciones que no necesariamente son consideradas como tal y que están relacionadas con conocimientos y prácticas referidas a otros planos de la realidad y a sus propias lógicas. Concretamente se hace referencia al paradigma religioso y a los ancestrales (holísticos o integrales).

Realizar avances inter o transdisciplinarios en el ámbito sanitario, promete una acción transformadora en todas las funciones de la salud pública y en posibilidades crecientes de adecuación a las necesidades integrales de la población.





# CAPÍTULO V

## Modelos y redes de atención en salud

Las perspectivas, atributos, la multiconcepción de la salud, la complejidad, la transdisciplinariedad y la reproducción social, permiten sentar las bases para una nueva visión sobre los modelos y las redes de atención en salud (RAS). A continuación, se presenta la definición del modelo de salud y de las redes de atención, partiendo de la experiencia histórica del modelo incluyente de salud (MIS).

### A. Modelo de atención en salud

El reconocimiento de la validez, complementariedad y sinergia entre los diferentes paradigmas del campo de la salud determina que la definición de un modelo de salud no debe ser de carácter excluyente, es decir, sin tomar en consideración las otras formas de entender y trabajar en la atención a la salud.

De igual manera, esto implica el reconocimiento de las personas, familias, colectivos, organizaciones e instituciones que tienen relación con el campo de la salud y que muchas veces sus concepciones e intervenciones en salud son diversas. La propuesta de modelo y de RAS intenta dar unidad a la acción de salud pública, integrando, coordinando o articulando la gran diversidad de actores y visiones dentro del sistema o sector salud.

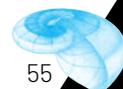
El modelo debiera constituirse en la síntesis o en la articulación de los diferentes conceptos y prácticas existentes en los territorios o zonas donde se desarrolla la atención en salud, debiendo ser el MSPAS (RASI), el eje de esa conducción y garantizando el acceso público y universal a la salud.

Uno de los aspectos fundamentales que derivan de los niveles acción de la reproducción social, es la estructuración de la atención del modelo de atención en tres ámbitos: lo individual, familiar y comunitario (colectivo). La acción integrada en estos tres niveles, dando cuenta de los procesos de producción, consumo y socio cultural, permite acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, como parte del modelo e integrados en toda la red de atención.

El Modelo Incluyente de Salud (MIS), en su primera definición indicaba lo siguiente para el primer nivel de atención: “la articulación del conjunto de conocimientos y prácticas existentes en el ámbito institucional y comunitario local que, perteneciendo a diversas matrices o lógicas culturales, se complementan en la curación-rehabilitación-prevención, y a la promoción dirigida a la transformación de las condicionantes-determinantes de salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la acción de la población como sujeto de sus destino” (INS, 2002).

Esta concepción acotada al primer nivel debe ser ampliada pensando en toda la red de atención donde deben existir diferentes niveles de resolución y en el efecto que tiene el planear acciones en poblaciones y territorios cada vez mayores.

El modelo de atención en salud en el marco de redes de atención en salud se constituye en la articulación, coordinación, integración y transacciones entre del conjunto de conocimientos, prácticas, técnicas y formas de organización de la atención integral e incluyente a los problemas



y necesidades en salud, desde los diferentes actores y paradigmas dentro del sector o sistema de salud. Desarrolla atenciones de promoción, prevención, rehabilitación, curación y cuidados paliativos, a niveles individuales, familiares y comunitarios, impulsando medidas intersectoriales y participación social. Requiere de la acción rectora de la institucionalidad pública para garantizar el acceso público y el derecho humano a la salud.

Esta concepción de modelo de atención abierta e incluyente lleva implícita la necesidad de desarrollar una rectoría, gobernanza y modelos de gestión innovadores, que impulsen la constitución de redes de atención como la base para la transformación del sistema de salud.

Bajo este planteamiento, la transformación indicada debe tener como sustrato, nuevas formas de creación de conocimiento, de aprendizaje, de prácticas y formas de relación dentro y fuera de la institucionalidad pública. Esta dinámica debiera orientar a que los cambios a lo largo del tiempo sean acordes a una realidad pluricultural y multilingüe, con presencia de varios pueblos y naciones.

#### B. Red de atención en salud (RAS)

El modelo de atención, sus perspectivas y atributos, es lo que da sentido a la definición, diseño, planificación e implementación de las redes de atención en salud (RAS). Se parte de la experiencia del MIS y conlleva un cambio de fondo en el modelo de atención de la salud pública.

La RAS, sobrepasa la visión de redes de servicios y amplía las posibilidades de articularse a modelos de atención como el ancestral o el de auto-atención que realizan especialmente las familias (Menéndez, ). Así como a redes de autoayuda o colectivos que activan la asistencia a determinadas necesidades de salud.

Con base al pensamiento complejo, la transdisciplinariedad y la reproducción social, la forma de concebir las RAS es a partir de la definición de los siguientes aspectos claves: las relaciones que se deben establecer entre sus componentes, su estructura y la organización de sus procesos, para garantizar una acción unitaria, buscando alcanzar una atención integral e incluyente para toda la población.

Se entiende por la Red de Atención en Salud (RAS), a la articulación o coordinación del conjunto de modelos de atención familiares, comunitarios (ancestrales y populares), organizaciones, instituciones públicas, privadas no lucrativas y lucrativas que, con diferentes fines, tienen un rol relevante dentro del sistema de salud, y que deben hacer sinergia y complementarse para el logro del derecho humano a la salud.

La estructura de la red se presenta en la **FIGURA 7**, en la que se puede observar el conjunto de componentes que la constituyen. Al centro de la imagen se coloca la multiconcepción incluyente de la salud, las perspectivas y atributos, al considerarse que son los principios sobre los cuales se propone conformar las RAS desde la rectoría y gobernanza liderada por la institucionalidad pública, en este caso por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Cada componente está representando por el conjunto de actores, organizaciones e instituciones que son relevantes para la atención en salud. En el caso de las organizaciones privadas con fines lucrativos, que se ubican como parte de los componentes de la RAS, no alcanzarían a jugar un papel relevante en la atención en salud como parte del acceso público, gratuito y universal a la salud.



Otro aspecto fundamental, es que dentro de la imagen de las RAS que se presenta, al estar referido a la atención en salud, no se evidencian otros actores dentro del sistema de salud. Como son escuelas formadoras, universidades, centros

de investigación o académicos, cooperación internacional, empresas privadas de productos médicos, entre otros, por no estar relacionadas directamente a la atención o regulación en salud.

**Figura 7**  
**Mapa de componentes de las Redes de Atención en Salud**



Cada componente indicado es altamente complejo de acuerdo con su naturaleza, sin embargo, podemos hacer referencia a algunas observaciones generales para todos ellos:

- ✓ Cada componente tiene sus propias características, funciones, intereses y se rigen por diferentes lógicas. Desde ámbitos públicos o estatales, pasando por privados con o sin fines de lucro, hasta expresiones comunitarias, colectivos, grupos o familias.
- ✓ Algunos de los componentes pueden generar atención en salud basada en diferentes paradigmas o modelos de salud. En algunos casos pueden ser que uno de los componentes brinde la atención a través de síntesis, transacciones o usando de manera aditiva los diferentes modelos o paradigmas de la salud.
- ✓ Comparten dimensiones políticas, administrativas, legales, organizacionales, humanas, laborales, entre otras, que se expresan de acuerdo con el tipo de organización o institución de que se trate. Algunas de estas redes son de tipo social, comunitario y familiar, en las que no se aplican algunas de las dimensiones mencionadas; y adquieren relevancia otras, como las características y lógicas socioculturales, contexto de violencia, de territorio y su naturaleza como ecosistema, dimensión económica, tipos de familia, entre otros.

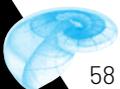
Con relación a cada componente de la RAS, se indica lo siguiente:

- ✓ La red institucional pública (el MSPAS), sigue normas, marcos legales y administrativos, relacionados con el aparato público del que forma parte y tiene una jerarquía y niveles desde lo local hasta lo central. El plantea-

miento de este documento es que a través de la transformación de las redes de atención en salud que le constituyen, se pueden generar condiciones para el logro de un acceso universal a la salud, de manera equitativa, integral e incluyente, desde la perspectiva de los propios pueblos, familias e individuos.

- ✓ Las redes de organizaciones privadas de carácter no lucrativo, ONG's, y otras organizaciones sociales, tienen características muy diversas, partiendo de su forma de constitución y muchas de ellas aportan enormemente a la satisfacción de necesidades de salud que pueden ser complementarias al quehacer del MSPAS.
- ✓ Las redes de iglesias de todas las corrientes religiosas existentes, juegan un papel fundamental al incidir en la forma como la población afronta sus problemas de salud. Además, muchas de ellas generan una institucionalidad fuerte e histórica, con gran presencia local, para la prestación de servicios de salud.
- ✓ Las redes de participación social forman parte de los movimientos campesinos, indígenas o de otra índole, así como del entramado social que impacta en la forma en que se establecen las relaciones entre la sociedad y el aparato estatal. Juegan un papel relevante no sólo en la auditoría social sino también en temas que pueden estar relacionados con aspectos de prevención y promoción de la salud.

También se puede encontrar una participación social vinculada a problemas o intereses específicos a la salud. Estos pueden tener presencia de manera restringida en el espacio nacional, pero pueden gozar de mayores capacidades de cabildeo o de presión exigiendo sus derechos.



- ✓ En el marco de esta participación social, podemos encontrar organización comunitaria o de la población vinculada a la autoatención o autoayuda grupal, que son de gran importancia para determinados problemas de salud. Igualmente estas redes pueden ser promovidas desde las mismas comunidades y familias con fines específicos que son complementarios y hacen sinergia al trabajo del MSPAS.
- ✓ Las redes de modelos locales, ancestrales y populares, pueden estar presentes en grandes partes del territorio nacional y tener diferentes niveles de representación. Existe un complejo conocimiento sobre las formas de enfermar y morir, sobre la salud y la vida, en su interrelación con todo lo que existe. La forma de abordar las problemáticas sanitarias parte de paradigmas diferentes al modelo médico hegemónico y, por ello, estas redes tienen una gran importancia para el abordaje integral de las personas, familias y comunidades.
- ✓ Las redes estatales o las diferentes formas de estructuración del aparato público, tienen implicaciones directas en la forma en que se puede establecer un trabajo en red con

salud. Destacan los mecanismos de política pública que busca la intersectorialidad y participación social representativa desde lo local hasta lo nacional. En el caso guatemalteco, el sistema de consejos de desarrollo, secretarías, los gabinetes intersectoriales para tratar temas específicos y otros ministerios; son sustancialmente importantes para la promoción de la salud.

Con base en lo anterior, los componentes de esta imagen de RAS pueden tener muchas conexiones entre sí, a diferentes niveles. Va adquiriendo una imagen de holograma basado en la fractalidad, donde la totalidad está incluida en cada uno de sus componentes.

Este mapa de red se repite a niveles locales y municipales (distrito de salud), nivel de departamento (áreas de salud) y a nivel nacional (central). Varios de los componentes mantienen relaciones formales en esos diferentes niveles, pero ello no significa que se alcance a tener una coordinación efectiva entre componentes, muchas veces debido a la carencia de liderazgos y planteamientos que orienten de manera suficiente la forma de hacerlo. En la FIGURA 8, se presenta una imagen holográfica y fractal de las RAS.

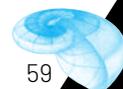
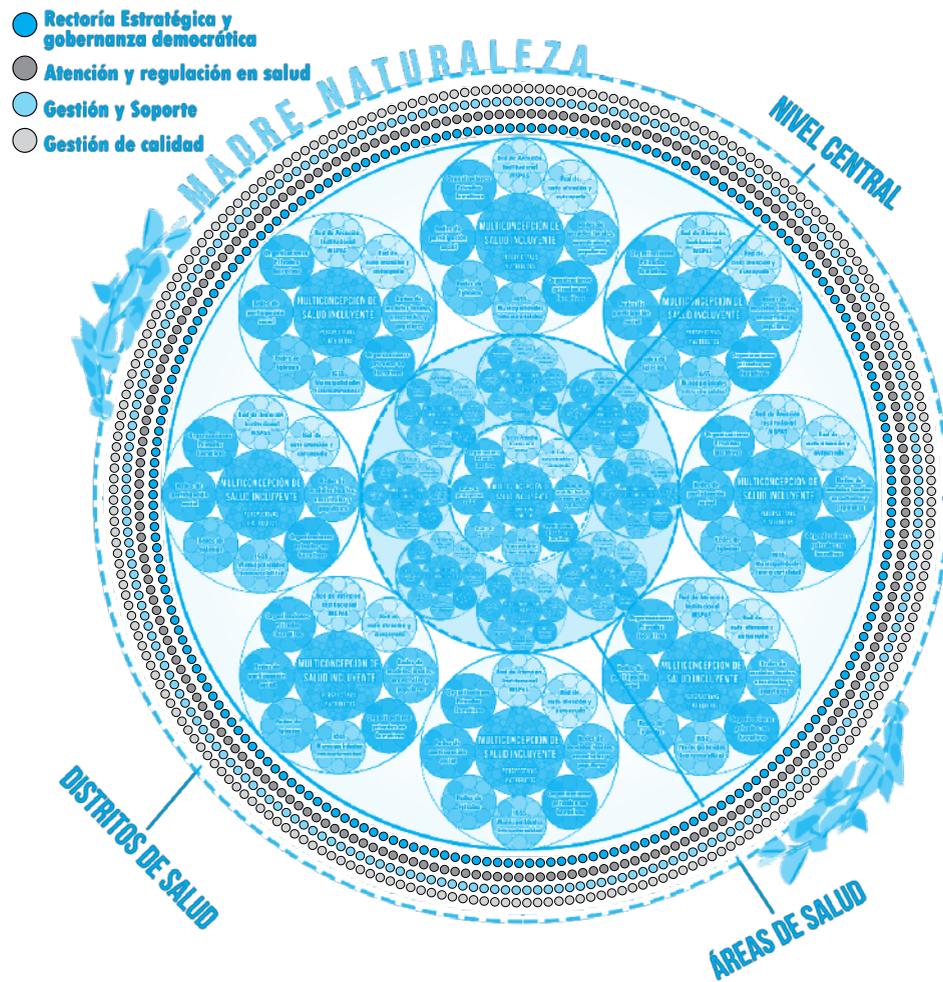


Figura 8

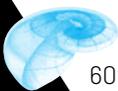
Redes de Atención en Salud Institucional



Fuente: elaboración propia

Un aspecto fundamental en la concepción de la RAS, es el papel que juega el ambiente o Madre Naturaleza. Esta no concebida como objeto, sino más bien como sujeto y portadora de derechos, con la que se mantienen relaciones de mutua dependencia. La RAS permiten tener una perspectiva poblacional y territorial más amplia, por lo que se dan posibilidades de realizar acciones

armónicas con la Madre Naturaleza, enmarcados en la promoción de salud, que abarca el empoderamiento y la organización comunitaria, las gestión social y política. Desde la cosmovisión de los pueblos originarios o ancestrales, la defensa del territorio, de la Madre Naturaleza, resulta esencial para resguardar el equilibrio y la armonía con el ambiente.





## CAPÍTULO VI

### Redes de atención en salud (ras): las redes de atención en salud institucionales (rasi) y su modelo de gestión por procesos

La red de atención en salud y sus diferentes componentes hasta ahora descritos requiere un modelo de gestión diseñado específicamente para responder a las necesidades de la red y cumplir su misión de otorgar una atención integral e incluyente para la población. Esta atención se entiende como los procesos mismos de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, así como a la regulación, vigilancia y control de la salud. Estos dos procesos son definidos como los sustanciales de las redes de atención, al constituirse en la misión, en el deber ser, del sistema de salud y específicamente del MSPAS.

Esta propuesta de RAS, significa una transformación de la red de atención y del sistema de salud en su conjunto. Por ello, se requiere un cambio de paradigma que permita diseñar, organizar, implementar y evaluar de manera coherente, todos procesos institucionales y de los componentes de la RAS.

Para esto, el pensamiento sistémico se constituye como la piedra angular de cómo las organizaciones piensan su mundo, del cual se derivará su modelo de gestión (Augl, 2012; Senge, 2006).

#### A. Modelo de gestión para la Red de Atención en Salud: gestión por procesos de la RASI.

La red de atención en salud debe lograr alcanzar su objetivo de garantizar el acceso público y el derecho a la salud, de toda la población. Para ello, debe desarrollar un modelo de gestión que logre

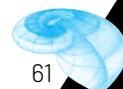
coordinar a todos los componentes de la red con base al respeto y armonización de sus características, misiones y lógicas de funcionamiento.

La institución responsable de liderar la gestión de la red para el logro de sus objetivos de naturaleza pública o de interés público, es la red de atención en salud institucional (RASI). La RASI se refiere a la red de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y abarca a sus unidades ejecutoras, los puntos de atención de la red y el nivel central.

Por ello, se propone que el modelo de gestión general que se presenta sea responsabilidad del MSPAS. El resto de los componentes de la RAS, deben participar de acuerdo con sus propias características y con interés público.

Con base a Artaza, se entiende por modelo de gestión a la forma cómo se organizan y combinan los recursos de la RAS, con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones, de una atención integral e incluyente (Artaza, Méndez, Holder, & Suárez, 2011).

El modelo de gestión que se propone es el de gestión por procesos, que debe comprender que los componentes de la red no son entidades de servicios físicos y autónomas, sino más bien, organizaciones de personas que están y necesitan estar en constante comunicación (Augl, 2012), siendo todos los actores que interactúan, responsables de los resultados sanitarios de una población determinada.



La gestión por procesos se fundamenta en la Teoría General de Sistemas, y es una orientación conceptual de abordaje sistémico. Visualiza las funciones de una organización con base en las secuencias de sus actividades, contrario al abordaje funcional clásico, donde las organizaciones se separan por área de actuación, altamente burocratizadas y sin visión sistémica del trabajo que realizan (Azevedo, 2016).

Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar y mejorar la calidad de la atención garantizando la continuidad a lo largo de la red de atención en salud. Para la caracterización de los procesos en la red de atención en salud se parte de la jerarquización de los procesos, que facilita su clasificación y estructuración (ver CUADRO 2).

Cuadro 2	
Categorización y definición de los procesos de la red de atención en salud	
Categoría	Definición
<b>Macroproceso</b>	Categoría más amplia que incluye más de una función dentro de la estructura organizacional, cuya operación posee un impacto en el modo como la organización funciona. Generalmente comparten un objetivo común
<b>Proceso</b>	Agregado de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir insumos y poseer tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados definidos en el macroproceso y pueden involucrar diferentes unidades.
<b>Subproceso</b>	Es la parte que, en coherencia con el macroproceso y sus procesos, se define para contribuir con el objetivo del macroproceso.
<b>Actividades</b>	Se constituye como aquellos eventos dentro del interior de un subproceso o proceso, para producir un resultado particular, desempeñados por una persona o unidad.
<b>Tareas</b>	Parte específica de un trabajo siendo la menor del proceso o un subconjunto de una actividad

**Fuente:** elaborado a partir de (Harrington, 1993; SESCOAM, 2002)

Con base a esta clasificación, se determinó que la RASI, debiera cumplir con la realización de cuatro macroprocesos (FIGURA 9), cada uno con sus respectivos procesos, subprocesos actividades y tareas. Estos macroprocesos son complementarios e integradores:

1. Rectoría estratégica y gobernanza democrática (REGOD).
2. Atención y regulación en salud (ARES).

3. Gestión y soporte (GESE).
4. Gestión de la calidad (GEA).

Los macroprocesos enlazan a todos los componentes de la red, aunque cada componente cobra un funcionamiento diferenciado de acuerdo con su naturaleza o características. De igual manera, cada macroproceso se desenvuelve en el tiempo de manera diversa y adquiere connotaciones diferentes de acuerdo con su contenido y forma de implementarse.

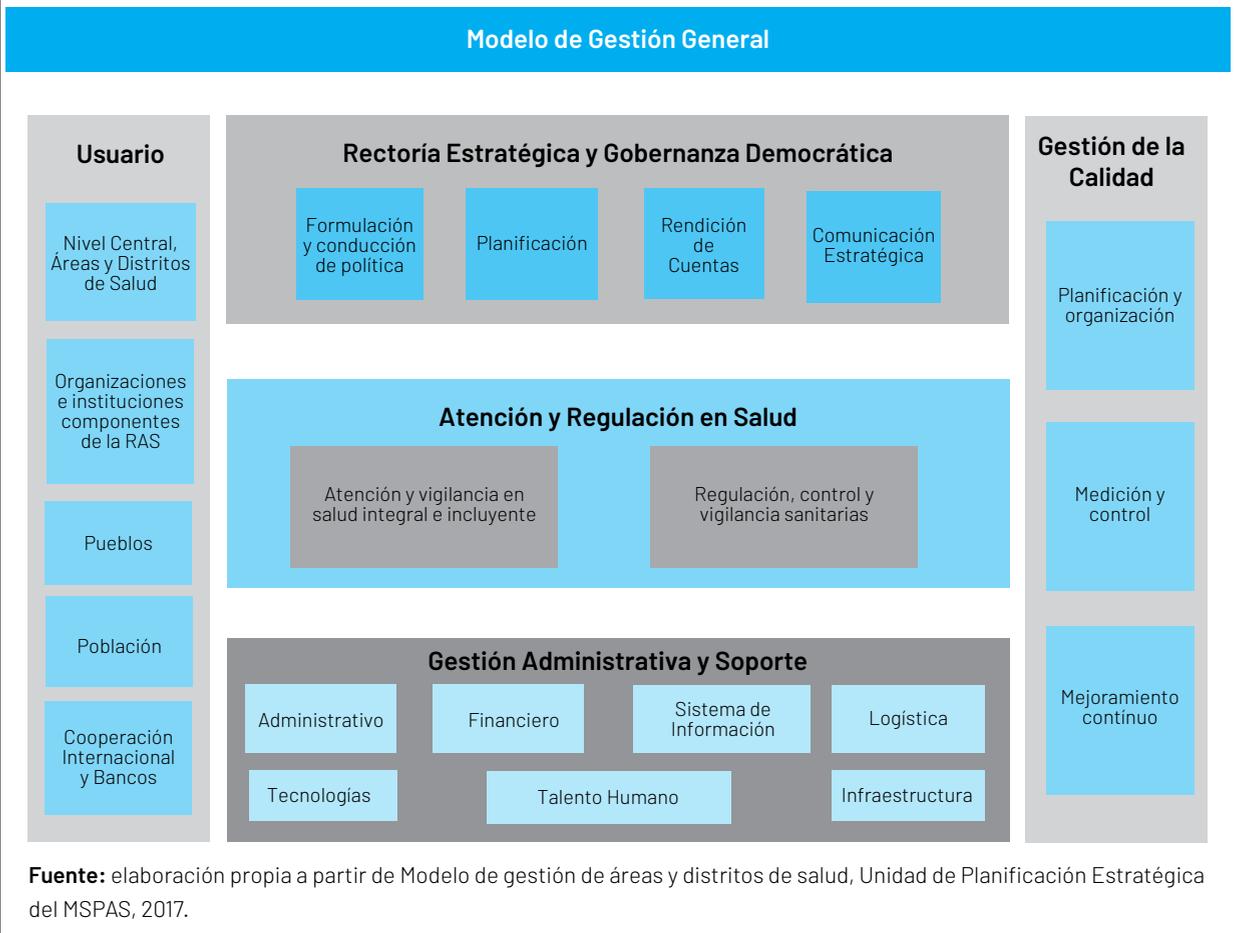


Los dos primeros, REGOD y ARES, abarcan cambios en el interior de la RASI y establecen fuertes coordinaciones y articulaciones con el resto de los componentes de la RAS. El macroproceso ARES, se considera que es el sustantivo para la

misión del MSPAS y de la RAS en su conjunto. En el caso de los macroprocesos GESE y GEA, tienen una implicación interna con relación al fortalecimiento y transformación institucional.

**Figura 9**

**Mapa de procesos del modelo de gestión de la red de atención institucional**



De acuerdo con el marco normativo nacional, el MSPAS, es el responsable de la función de rectoría del sector o sistema de salud (ver CUADRO 6), y en consecuencia de asegurar una gobernanza democrática que impulse una transformación del

modelo y de las redes de atención, de acuerdo con la multiconcepción, perspectivas, atributos y bases conceptuales que se asumen en esta propuesta.



**Cuadro 3**

**Normas principales para la definición de los macroprocesos de la red de atención en salud institucional**

Macroproceso	Jerarquía de la norma	Artículo número
Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Ley Constitucional (Constitución Política de la República de Guatemala: Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente, 1985)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Artículo 98.</b> Participación de las comunidades en programas de salud.</li> </ul>
	Código de Salud (Decreto Número 90-1997. Código de Salud, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Artículo 3.</b> Responsabilidad de los ciudadanos.</li> <li>• <b>Artículo 5.</b> Participación de la comunidad.</li> <li>• <b>Artículo 9.</b> Funciones y responsabilidades del sector literal a) sobre Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</li> <li>• <b>Artículo 17.</b> Funciones del Ministerio de Salud.</li> </ul>

**Fuente:** elaboración propia.

La RASI es la responsable de articular y coordinar a todos los componentes de la RAS, desde los niveles locales hasta el nivel nacional. El objetivo fundamental es establecer los mecanismos de participación y coordinación, así como los acuerdos necesarios, entre todos los componentes de la RAS, para alcanzar el acceso universal de la población a una atención integral e incluyente y a una regulación que proteja o promueva su salud.

Igualmente, la RASI, es el responsable de garantizar una atención universal, integral e incluyente, así como aspectos de vigilancia, regulación y control de la salud. De acuerdo con el marco legal, debe garantizar la participación social en un ámbito democrático. Fortaleciendo la ciudadanía social y política que asegure la incidencia en la formulación y fiscalización de la política de salud, caminando hacia la autodeterminación y autonomía de los pueblos.

La atención integral e incluyente, al abarcar la recuperación, rehabilitación, prevención, promoción y cuidados paliativos de la población, requiere del concurso no sólo de otros sectores de la institucionalidad pública, sino además de otros actores como organizaciones sociales, ONG's, municipalidades, entre otros. Igualmente, necesita establecer relaciones horizontales con los saberes y conocimientos ancestrales, populares, de la población expresado en niveles individuales, familiares y comunitarios.

Es central una posición contra hegemónica a la supremacía de lo biomédico y descolonizadora con relación a la visión de superioridad de lo occidental sobre lo originario. Es abrir posibilidades de generar una forma de relación y comunicación, una nueva forma de creación de conocimiento, entre los portadores de los diferentes paradigmas del campo de la salud.

Desde el punto de vista de la regulación y control de aspectos sanitarios, la coordinación, cola-



boración y complementación con otros actores o redes diferentes a la institucional, permite alcanzar objetivos de prevención y promoción de la salud, que sin la participación amplia serían imposibles o muy limitados.

A partir de lo anterior, el diseño del modelo de gestión de la RASI, debe asegurar una estrategia de articulación de todos los componentes desde la rectoría de la institucionalidad pública, que finalmente es la que tiene la responsabilidad de establecer condiciones para un acceso universal

a la salud desde la perspectiva integral y con el concurso de los actores claves para esta atención, vigilancia, regulación y control de la salud.

### B. Macroprocesos de la Red de Atención en Salud Institucional (RASI)

Los macroprocesos de la RASI se presentan en el CUADRO 4. Para cada uno de ellos se presenta una definición que posteriormente se ampliará, junto con sus procesos. Al ser un sistema organizado en procesos, todos están estrechamente interrelacionados.

Cuadro 4	
Macroprocesos de organización en la RASI	
Macroproceso	Características Generales
<b>Rectoría Estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD)</b>	La rectoría estratégica y gobernanza democrática consisten en la generación de liderazgo y de conducción del sector o sistema de salud para iniciar y sostener el proceso de transformación de las redes de atención en salud. Se busca establecer mecanismos de participación amplios a lo largo de toda la red, alcanzar arreglos institucionales y distribución de recursos estratégicos para garantizar el acceso universal a la salud. Abarca los procesos de formulación y conducción de política, planificación, rendición de cuentas y comunicación estratégica.
<b>Atención y Regulación en Salud (ARES)</b>	La atención y regulación en salud se constituyen en las funciones sustanciales y complementarias del MSPAS, en beneficio de la población. El proceso de atención está referida a la provisión de atención integral e incluyente a la población, en todos sus ciclos de vida, a lo largo de toda la red. El proceso de regulación se refiere a aquellas acciones centradas en el logro de acuerdos institucionales (leyes, normativas, entre otros), que generan condiciones para la protección en salud
<b>Gestión y Soporte (GESE)</b>	La gestión y soporte se dirige a la eficiente y eficaz generación de condiciones, disponibilidad y administración de todo tipo de recursos necesarios para el funcionamiento de la red de atención. Abarca los siguientes procesos de gestión: talento humano, financiera, administrativa, información, logística e infraestructura.
<b>Gestión de la calidad (GEA)</b>	La gestión de la calidad tiene como finalidad el control y la mejora continua de los procesos, las tecnologías, la cultura organizacional y las necesidades de las y los usuarios, en relación con la eficiencia, eficacia y calidad, así como de las perspectivas de la RASI (el enfoque basado en derecho, la equidad, la pertinencia intercultural y el respeto a la madre naturaleza). Evalúa el desempeño de los macroprocesos que organizan el modelo de gestión y la totalidad de la RASI en su relación con el resto de los componentes de la RAS. Abarca los procesos planificación y organización de la calidad, la medición y control y el mejoramiento e innovación continua.

**Fuente:** elaboración propia con datos del ISIS (2018).

Los macroprocesos de REGOD, GESE y GEA, y sus procesos, serán desarrollados de manera introductoria en esta publicación en capítulos separados. En el caso del macroproceso ARES, es el proceso de atención y vigilancia en salud

integral e incluyente el que tendrá mayor desarrollo, al haber sido considerado prioritario en el desarrollo de investigación de ISIS y es la parte central de este documento.







## CAPÍTULO VII

### Rectoría estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD)

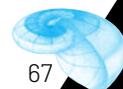
La rectoría estratégica se define como el ejercicio de liderazgo y conducción que se desarrolla en un marco amplio de participación de personas, familias, organizaciones sociales y comunitarias, redes ancestrales, instituciones públicas y privadas, entre otras, en función de construir y sostener una gobernanza democrática. La rectoría estratégica inicia y sostiene, en el tiempo, la transformación de la RASI y la constitución de la RAS, en consecuencia, un cambio en el sistema de salud en su conjunto. Busca el establecimiento y cumplimiento sucesivo de los arreglos institucionales consensuados democráticamente con base al derecho a la salud. Se constituye a través del ejercicio del poder normativo, regulatorio y de control, y en la gestión de los recursos estratégicos que aseguran la ejecución eficiente y la eficaz de la autoridad a lo largo de la red. Su fin es garantizar la viabilidad y factibilidad del proceso de transformación encaminado a alcanzar el derecho a la salud y los resultados sanitarios del sistema, desde la multiconcepción de la salud, las perspectivas y atributos.

La gobernanza democrática se entiende como un proceso dinámico, complejo y político, de direccionamiento, coordinación y participación plena de los actores y componentes de la RAS (y del sistema de salud), en su permanente transformación para resolver la problemática de

salud, desde el derecho, la multiconcepción y la determinación social de la salud. Sus objetivos se alcanzan y sostienen a partir de arreglos institucionales y mecanismos consensuados de participación social, que son la base de la negociación, la construcción de la legitimidad y el ejercicio del poder, en el marco del trabajo de redes configuradas desde lo local a lo nacional. Las redes al tener un carácter sistémico, policéntrico y multifactor, establecen las condiciones adecuadas para desarrollar este tipo de gobernanza.

#### A. Procesos y subprocesos

El macroproceso de REGOD, cuenta con procesos y subprocesos que se presentan a continuación y que deben integrar mecanismos de monitoreo y evaluación periódica a lo interno de la institución, que permita tener una apreciación cualitativa y cuantitativa del avance de las actividades y el logro de los resultados esperados, del desempeño del personal, entre otros. La metodología e instrumentos de evaluación se desarrollarán acorde a la especificidad de cada proceso y de ser posible, de manera automatizada. En el proceso de planificación se explicita el monitoreo y la evaluación como parte del ciclo de políticas públicas. Estos mecanismos se complementan con los procesos del macroproceso de gestión de la calidad (GEA).



## 1. Formulación y conducción política

La definición y conducción de la política de salud es un proceso sustancial de la REGOD, que abarca la política institucional (del MSPAS), y la política nacional de salud. Este plan maestro de la red de atención institucional, primera etapa, debe formar parte de una política institucional del MSPAS, cuya definición y conducción este dirigida a alcanzar el acceso universal a una salud integral e incluyente. En el mediano y largo plazo, como parte del proceso del desarrollo de la red de atención y del sector o sistema de salud en general, se espera la formulación de una política nacional de salud (este alcance no forma parte de esta primera etapa).

La conducción de la política institucional de salud conlleva la coordinación de todos los componentes de la RAS y la articulación intersectorial, involucrando a las municipalidades y al sistema de consejos del desarrollo, entre otros, con el fin de potenciar acciones de mayor impacto a la salud y para orientar las inversiones en infraestructura propuestas con base al reordenamiento territorial y reorganización de la red de atención.

- **Conducción política:** es el subproceso que conduce la Política Institucional de Salud, desde la cual desarrolla los lineamientos y priorización marco de la implementación de la RASI y su modelo de atención y alinea todos procesos de gestión en torno al alcance de las metas comunes. Además, dialoga y presenta las políticas y sus planes a todos los componentes de la RAS, como a la ciudadanía y autoridades ancestrales. La coordinación con las municipalidades, con el sistema de consejos de desarrollo y otras autoridades locales, permite la gestión conjunta de inversiones en infraestructura sanitaria y en otros proyectos relacionados con la determinación y condicionantes de la salud.

- **Formulación de la política nacional de salud:** este subproceso no forma parte de esta primera etapa del plan maestro de la red nacional de atención en salud. En posteriores publicaciones se explicará su desarrollo como parte de etapas complementarias y sucesivas del plan maestro nacional de la red de atención en salud.

## 2. Planificación

Es el proceso que desarrolla la planificación estratégica institucional y territorial a partir de la política institucional, así como los procesos del ciclo de planificación propios de la administración pública. Es un proceso articulador, integrador y coordinador de todos los esfuerzos a desarrollarse en la implementación de la RASI, en el marco de la RAS y de la intersectorialidad. Por su naturaleza participativa, este busca la construcción de legitimidad y la respuesta a las necesidades de la población, a través de la participación social en los momentos claves de la planificación.

- **Planificación estratégica:** es el subproceso que desarrolla los instrumentos de Planificación Estratégica Institucional (PEI) y los planes territoriales de áreas de salud (PET), basada en los lineamientos generales de la política institucional, incluyendo los lineamientos de la reorganización institucional de las redes de atención y el reordenamiento territorial de las mismas. Este proceso de planificación es compartido y articulado con otros actores institucionales y organizaciones público o privados, con el fin de identificar proyectos que trabajen sobre la determinación y condicionantes de salud, así como en la identificación del listado geográfico de obras para la expansión y fortalecimiento estratégico de la RASI, específicamente puestos de salud de redes



locales. Incluye, además, el impulso de los procesos de inducción al modelo de atención y la estrategia de redes a todos los niveles de gestión.

- **Planificación operativa y programación:** en el marco de la política institucional, del PEI y de la planificación estratégica territorial del área, este subproceso consiste en realizar el Plan Operativo Anual (POA) y el Plan Operativo Multianual (POM). El POA se armoniza con la Agenda Técnica Operativa Local (ATOL), que se realiza anualmente en distritos y áreas de salud, para la implementación del modelo de las redes locales. Los anteriores guían la elaboración y ejecución de planificaciones y cronogramas mensuales. Como parte del plan maestro de las redes de atención, se inicia con la identificación de las brechas de recursos estratégicos (personal, medicamentos, equipo, vehículos, insumos, otros), según la nueva organización de las redes de atención y su reordenamiento territorial. Estos procesos de planificación institucional indicados deben ser compartidos y coordinados con todos los componentes de la RAS y con una importante participación social desde lo local, lo que incluye el desarrollo con la comunidad del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).
- **Monitoreo y evaluación:** Los procesos y subprocesos de política y planificación son monitoreados y evaluados periódicamente de manera participativa al interior de la institucionalidad y con los otros componentes de las RAS. Se deberá contar con procesos de evaluación cualitativos y cuantitativos, con indicadores de proceso, resultados y de impacto, a lo largo de la implementación del plan maestro.

### 3. Comunicación estratégica

Es el proceso encargado del diseño e implementación de la estrategia de comunicación territorial del plan maestro, a partir del cual se desarrollan todas las actividades de comunicación interna (hacia el personal dentro de las redes de atención institucional) y la externa (hacia los componentes de la RAS, población en general, entre otros). Incluye el proceso de monitoreo y evaluación de los planes de comunicación. Es un proceso estratégico que aporta a la construcción de principios y valores comunes al interior de la RAS y fortalece los procesos de transformación en el marco de la RAS.

- **Cabildeo:** subproceso que desarrolla actividades de comunicación pertinentes para la negociación, coordinación y construcción de la legitimidad del plan maestro, desde los distritos municipales (DMS) y direcciones de áreas de salud (DAS), con todos los actores de la RAS y la población en general. Este subproceso es fundamental para la negociación de proyectos y/o la coordinación de programas con actores institucionales como alcaldes, gobernadores, autoridades ancestrales, entre otros.
- **Información y divulgación:** subproceso que desarrolla las campañas de comunicación, a nivel interno y externo, que incluye la identidad de la campaña, la construcción de contenidos, la coordinación con medios, la difusión y coordinación con enlaces de comunicación, entre otros.



## 4. Rendición de cuentas

Es el proceso dirigido a generar transparencia en la gestión pública de salud, especialmente lo relacionado a la implementación de la RASI. Incluye, además, los procesos de acceso y gestión de la información pública, de forma continua y permanente. Igualmente requiere establecer mecanismos abiertos de recepción de la fiscalización social dedicados a vigilar, evaluar y promover la eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos públicos. Busca la construcción de la legitimidad de los planes de implementación, fortalecer la institucionalidad y aportar a la estabilidad y continuidad de los procesos. Si bien este proceso va dirigido especialmente a la población en general, también se considera importante rendir cuentas a otros actores estatales y privados, con fines de dar certidumbre y convencer, en la coordinación intersectorial y de la RAS, para ejecutar programas, proyectos o apoyos específicos necesarios para el establecimiento de las redes de atención en salud y para el trabajo sanitario.

- **Gestión de la transparencia:** este subproceso garantiza el acceso a la información pública y a los datos abiertos en salud, así como a la presentación activa de información relevante de los procesos de implementación. Debe ser de forma continua, habilitando procesos, normativas y mecanismos (físicos

y virtuales) para su desarrollo. En particular, está dedicado a transmitir información relevante a la población en general, comunidades, autoridades, líderes formales e informales, de los sectores, territorios, municipios y departamentos, donde se va implementando el plan maestro.

- **Gestión de la fiscalización social:** este subproceso establece mecanismos institucionales que faciliten y permitan el diálogo con la población, organizada o no organizada, que realice la acción fiscalizadora. Esto se implementa como parte de la red desde lo local a lo nacional, utilizando recursos sencillos como aperturas conjuntas de buzones de denuncia en cada punto de atención, oficinas específicas o plataformas automatizadas de fácil acceso, que permitan sistematizar y tomar acciones prontas ante las situaciones que se presenten. Este subproceso conlleva construir la capacidad institucional de respuesta pertinente ante la demanda de la población. Un aspecto fundamental es que la población sea protagonista en la vigilancia de todos los aspectos relacionados con la implementación del plan maestro como: mecanismos de ejecución del plan, la gestión de los recursos estratégicos, las acciones prioritarias y atenciones establecidas para beneficio de la ciudadanía.





## CAPÍTULO VIII

### Atención y regulación en salud: Atención y Vigilancia en Salud Integral e Incluyente (AVI)

El macroproceso de la atención y regulación en salud se constituyen en las funciones sustanciales y complementarias del MSPAS, en beneficio de la población. Contiene dos grandes procesos:

- Atención y vigilancia a la salud integral e incluyente (AVI)
- Regulación, vigilancia y control de la salud.

El AVI, está referido a la provisión de atención integral e incluyente a la población, en todos sus ciclos de vida, a lo largo de toda la red. El proceso de regulación se refiere a aquellas acciones centradas en el logro de acuerdos institucionales (leyes, normativas, entre otros), que generan condiciones para la protección en salud.

El proceso de atención y vigilancia integral e incluyente (AVI), se fundamenta en las perspectivas, atributos, en la MUSA y el modelo de atención de la RAS. Además, guarda coherencia conceptual y metodológica con los otros macroprocesos y procesos. A continuación, se presentan aspectos claves para su comprensión.

El proceso de Regulación, vigilancia y control de la salud, será presentado en futuras publicaciones de esta Serie Hacia una Reforma de Salud Integral e Incluyente de ISIS.

#### A. Definición del AVI

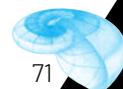
El AVI, es definido como proceso sustantivo para las redes de atención institucional como para la RAS en su conjunto. Se concreta en la atención

integral e incluyente, que abarcan acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, integrando la vigilancia en salud socio cultural, las cuatro perspectivas y los trece atributos. A lo largo de toda la red orienta la atención a los individuos, familias y comunidades o colectivos, teniendo posibilidades de tener enfoques poblacionales y de territorio bastante amplios. Lo que favorece al trabajo por la armonización con la Madre Naturaleza y la promoción de salud, desde los derechos de los pueblos y organizaciones locales, municipales y departamentales.

Es un proceso relacionado con el resto de los componentes de la RAS, dado que tiene como fin articular, coordinar, integrar y hacer transacciones entre del conjunto de conocimientos, prácticas, técnicas y formas de organización de la atención integral e incluyente a los problemas y necesidades en salud, desde los diferentes actores y paradigmas dentro del sector o sistema de salud. Impulsa medidas intersectoriales y de participación social, por lo que hace sinergia con otros procesos particularmente con el rectoría estratégica y gobernanza democrática.

El AVI cuenta con cinco subprocesos:

- ✓ El programa comunitario de salud (PCOS).
- ✓ El programa familiar de salud (PFAS).
- ✓ El programa individual de salud (PIAS)
- ✓ Vigilancia en salud socio cultural (VSCS)
- ✓ Gestión de la atención y vigilancia en la salud (GAIA)



Los subprocesos referidos a la atención comunitaria, familiar e individual son integrados en lo que se llama el diseño programático del proceso AVI. Los subprocesos de vigilancia y gestión están íntimamente relacionados como se verá más adelante. Este conjunto de subprocesos se presentará en el siguiente capítulo.

### B. Objetivo Estratégico del AVI

El objetivo estratégico del proceso AVI, es alcanzar el acceso público universal y el derecho a la salud de toda la población, a una atención integral e incluyente a los individuos, familias y comunidades, complementando y haciendo sinergias con las acciones del resto de componentes de la RAS.

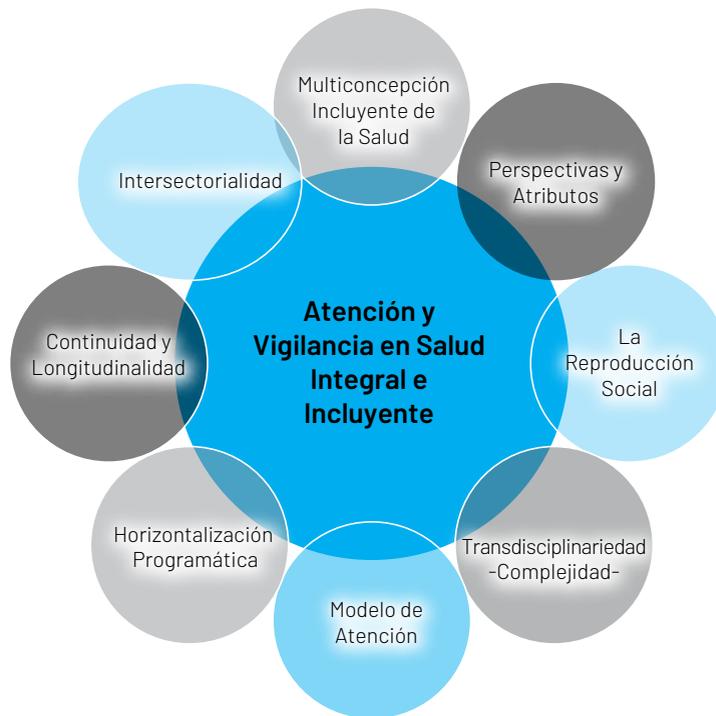
Este objetivo busca contribuir a la transformación del sistema de salud guatemalteco, a partir de una innovadora acción en salud pública, que fortalezca la institucionalidad y los procesos democráticos dentro y fuera del sistema de salud.

### C. Bases fundantes del AVI

El AVI tiene como base fundante el modelo de atención de la RAS, las perspectivas y atributos. Por ser el proceso dirigido a la atención y vigilancia a la salud de la población tiene además otras seis bases fundantes, que son: la multiconcepción incluyente de la salud, la reproducción social, la horizontalización programática, la transdisciplinariedad, continuidad y longitudinalidad y la intersectorialidad (FIGURA 10).

**Figura 10.**

**Bases fundantes del proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente.**



Cada una de las bases fundantes tiene su concreción en aspectos metodológicos, operativos e instrumentales en el marco del proceso AVI. A continuación, se describen únicamente la horizontalización programática, la transdisciplinariedad, continuidad y longitudinalidad y la intersectorialidad. Las otras bases fundantes ya han sido desarrolladas en otros apartados de este documento.

### 1. Horizontalización programática

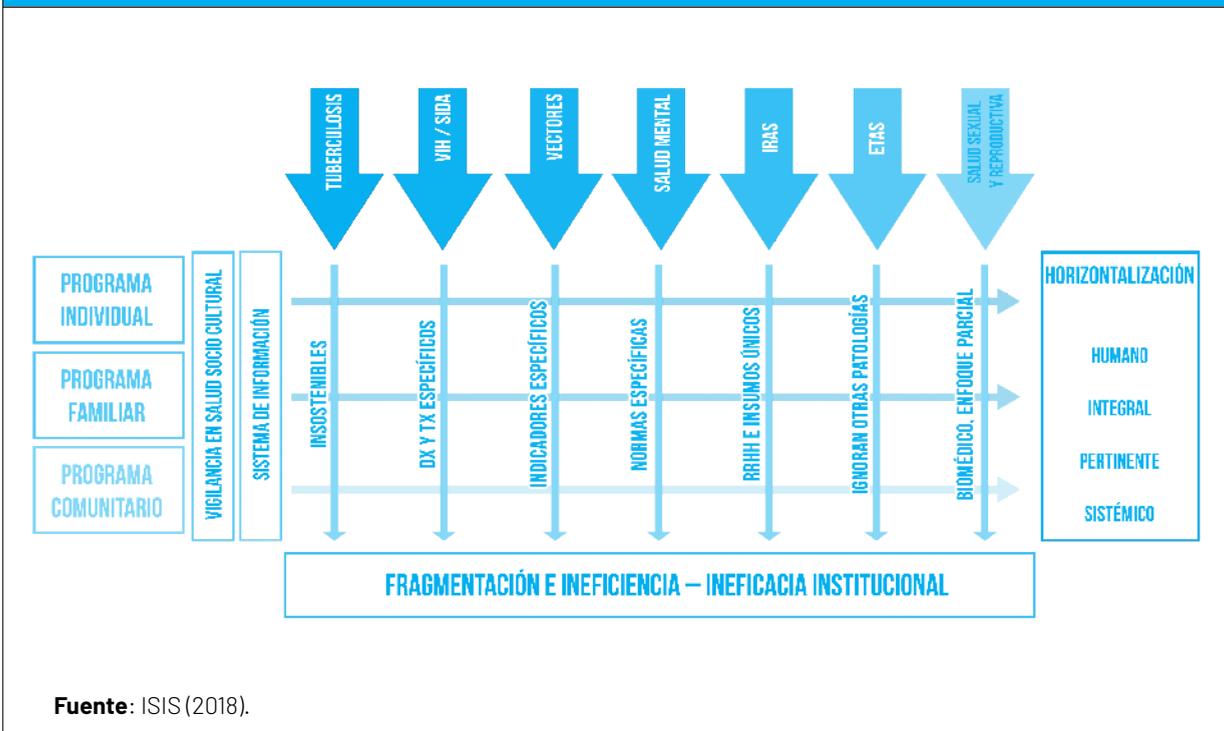
La horizontalización programática se define como la forma como se organiza la atención integral y la vigilancia socio cultural en salud, para el nivel comunitario (colectivo), familiar e individual, atendiendo a la población en todos sus ciclos de vida. Estos niveles son concebidos de carácter multidimensional (energéticos, psicológicos,

biológicos, sociales, culturales, ideológicos y políticos) y en el marco de su interacción con la Madre Naturaleza o el ambiente. Se considera que, a través de organizar la atención en estos tres niveles, como programa comunitario, familiar e individual de salud, es que se puede alcanzar acciones integradas de promoción, prevención, rehabilitación, curación y de cuidados paliativos.

La horizontalización programática como base para el diseño de los programas de atención y vigilancia socio cultural, debe considerar también las prioridades y normas nacionales, horizontalizando los programas verticales y la vigilancia epidemiológica del MSPAS. Debe adecuarse de manera permanente a los perfiles epidemiológicos de la población, en los diferentes ámbitos de actuación de las redes de salud y activar procesos de intersectorialidad.

FIGURA 11

Horizontalización programática



Fuente: ISIS (2018).



La horizontalización programática (HP), contribuye en los siguientes aspectos para la atención integral a la población:

- Orienta a cambios en la estructura organizativa del MSPAS y de trabajo de los profesionales de salud, con base a una visión integral y sistémica.
- Amplia la visión de perfiles profesionales necesarios para el trabajo sanitario, superando la visión biomédica de la atención y abre las posibilidades para el trabajo transdisciplinario.
- Al definir los programas de atención por niveles de análisis de acción, permite una atención pertinente a las formas como la reproducción social se realiza. Supera la visión centrada en programas definidos por enfermedad, formas de transmisión y por población objetivo. Esta última genera fragmentación, ineficiencia e ineficacia en la operación de los servicios de salud.
- Posibilita la generación de un instrumental teórico y metodológico en pro de la integralidad, haciendo eficiente y eficaz tanto la red de atención como su financiamiento apuntando a cambios organizacionales y sistémicos de fondo.
- Al orientar la atención en salud de la misma forma a lo largo de toda la red, facilita la continuidad y longitudinalidad de las atenciones a personas, familias y comunidades o colectivos.
- Permite la integración de la vigilancia en salud con base a que los niveles definidos, se constituyen en espacios poblacionales de análisis de la situación de salud de la población. En ese sentido permite identificar diferentes tipos de necesidades según el nivel que se trate (individuo, familia y comunidad).

- La acción sanitaria integrada en estos tres niveles posibilita un trabajo contextualizado y potencia el impacto a favor de la salud de la población.

Lo que se expondrá más adelante es que la horizontalización programática se debe realizar en todos los puntos de atención de la red. Desde el equipo de salud en un puesto de salud, en las familias y comunidades donde trabaja; hasta centros hospitalarios. Siendo esto un cambio de paradigma del trabajo en salud, que tendría que repercutir en la misma forma de preparar a los profesionales de salud.

## 2. Continuidad y longitudinalidad

La continuidad de la atención y vigilancia en salud se refiere a la capacidad de los equipos de salud de acompañar al individuo, familia o comunidad, a lo largo de su atención en toda la red, hasta la resolución o seguimiento adecuado de su problema sanitario.

Esto debe hacerse para la atención y vigilancia a la población en todos sus ciclos de vida, en los niveles individual, familiar y comunitario. Realizándose en todo momento de acuerdo con sus necesidades y problemáticas de salud. Debe atender la sucesión de eventos derivados de la problemática específica con la que se originó la atención, garantizando mecanismos de transferencia, registro adecuado, entre otros (Cunha & Giovanella, 2011; Pastor Sánchez, López Miras, Pérez Fernández, & Gérvas Camacho, 1997). La adscripción poblacional a sectores y territorios, y a equipos de atención específicos como parte de una red, genera condiciones para el logro de la continuidad de la atención.

La continuidad abarca las posibilidades de lograr una atención continua que involucre a otros componentes, redes u organizaciones de la RAS. Para



ello debe existir mecanismos de articulación y coordinación, así como acuerdos de colaboración claramente definidos.

La longitudinalidad se define como la atención a individuos, familias y comunidades por parte de un mismo equipo, a lo largo del tiempo. Abarca el acompañamiento a todos los ciclos de vida en que transcurre la existencia de una persona, todos los ciclos o fases de una familia y al desarrollo de una colectividad o comunidad. Se basa en la confianza mutua y el vínculo que trasciende lo formal. Se basa en una historia común compartida, de relación interpersonal, entre los equipos de salud de la RASI, otros componentes de la RAS y la población beneficiada.

La existencia de la longitudinalidad en la red, se traducirá en un menor número de hospitalizaciones por complicaciones o descompensaciones, menor número de consultas a servicios de urgencia (Rosa Filho, Fassa, & Paniz, 2008). El acogimiento en los servicios de salud genera mayor accesibilidad, debido a la identificación de riesgos y espacios de acción para incidencia en prevención y potenciación del autocuidado individual y familiar.

La longitudinalidad facilita el desarrollo de habilidades y experiencia para el diagnóstico por parte de los equipos de salud (Freeman, Olesen, & Hjortdahl, 2003). Esto se debe a que el seguimiento de cada problemática de salud que se trate a lo largo de toda la red significa procesos de comunicación y relacionamiento por parte de los diferentes equipos, lo que puede reforzar la necesidad de formación permanente.

### 3. Transdisciplinariedad

La transdisciplinariedad se comprende como el encuentro horizontal entre diversos paradigmas, conocimientos, saberes y disciplinas en el campo de la salud, que inciden en la creación de cono-

cimientos y prácticas sanitarias integrativas y transformadoras, en el plano individual, familiar y comunitario. Forma parte de la complejidad como campo de conocimiento y aporta aspectos metodológicos de suma importancia para el desarrollo de las redes de atención

Es fundante para la generación de relaciones horizontales y de integración de diferentes disciplinas sobre una base axiomática general compartida (Almeida Filho, 2005). En este caso, dicha base es la resolutivez del proceso de salud-enfermedad pautada en la multiconcepción incluyente, perspectivas, atributos y bases fundantes del modelo y de las redes de atención en salud. Como proceso fomenta además una comunicación y aprendizaje continuo entre equipos de salud institucionales y terapeutas de otros modelos (ancestrales y populares), que conceptualizan y abordan a la salud enfermedad, desde diferentes dimensiones.

Adquiere una importancia vital en la relación de respeto y mutuo aprendizaje, con los paradigmas ancestrales y religiosos. Esto se debe, a que la transdisciplinariedad considera la existencia diferentes niveles de la realidad o mundos paralelos, que se constituyen como sistemas con sus propias leyes, y que se encuentran en permanente interrelación. Estos niveles de realidad diferentes o en paralelo al mundo físico, son los que se pueden ubicar en el plano interno, como la psicología, lo espiritual o las energías (ver Max-Neef, 2004 y Nicolescu, 2002). Todo ello presente no sólo en el ser humano, sino en todo lo que existe. Cobrando particular importancia la Madre Naturaleza.

La transdisciplinariedad orienta a establecer mecanismos de aprendizaje, comunicación y espacios comunes de trabajo, entre profesionales de la red de atención, así como con el resto de los componentes de la RAS. Tratando de superar



el universo disciplinario parcelado de hoy día, en el que la comunicación entre disciplinas se hace cada vez más difícil e imposible (Nicolescu, 2002).

Como mecanismo operativizador inicial, y un aproximado al trabajo transdisciplinar en salud, se constituye un cambio al trabajo clásico jerarquizado en salud, por una forma de organización pautada en el trabajo matricial. El término de matriz, evoca un trabajo colectivo interrelacionado de crecimiento o creación de conocimientos y relaciones humanas horizontales, que se diferencia

del trabajo vertical, como sucede en los sistemas de salud tradicionales (Campos & Domitti, 2007).

D'Amour (1997), realiza un ejercicio de mostrar la diferenciación entre el trabajo profesionalizado y fragmentado, con el de la colaboración matricial, y percepción de la no linealidad (ver CUADRO 5).

En dicho cuadro, se evidencia el trabajo colaborativo como pauta importante hacia la construcción de relaciones horizontales y con fundamentos comunes, de forma participativa con resolutividad e integralidad.

**Cuadro 5**

**Elementos clave de la lógica de la profesionalización-especialización y de la colaboración-matricial**

Lógica de la profesionalización -especialización	Lógica de la colaboración-matricial, con una percepción de la no linealidad.
Visión mecanicista de la persona.	Visión humanista de la persona.
La persona es percibida como un conjunto de partes. Creencia que el todo puede ser alcanzado por la suma de las partes.	La persona es vista como un ser complejo en interacción con su entorno.
La persona no es participante.	Reconocimiento del derecho a la autodeterminación de las personas.
Interés en privilegiar las relaciones de poder, por autoridad, experiencia, especialización y área del saber.	Se privilegia el intercambio y la integración de conocimientos y prácticas, en arreglos institucionales centrados en los usuarios y no en el papel profesional.
Rigurosa taxonomía del conocimiento.	Integración del conocimiento y reconocimiento de la complejidad
Enfoque centrado en territorios profesionales	Abordaje centrado en las personas y el entorno ecosistémico
Fronteras rígidas e impermeables.	Compartimiento de zonas de intervención
Las relaciones entre los profesionales son paralelas, acumulativas y no interactivas	Asociación interactiva, donde la intersubjetividad permite una mejor comprensión del objeto.
El objetivo es el control, y la regulación de los servicios técnicos del mercado.	El objetivo es un enfoque global sobre determinación de la salud, de forma participativa con resolutividad e integralidad.

**Adaptado de:** (D'Amour, 1997, p. 22; Furtado, 2007, p. 247).

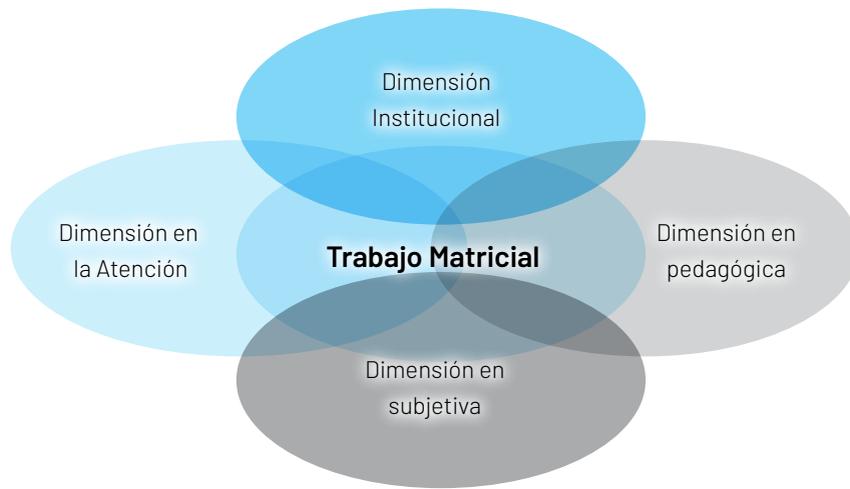


El trabajo matricial impactará en cuatro áreas (FIGURA 12) o dimensiones en el trabajo diario a lo largo de una red, dimensión terapéutica, pedagógica, institucional y subjetiva (Cunha & Campos, 2010). Para esto, los equipos de trabajo realizan actividades conjuntas donde la premisa principal es la búsqueda de la armonía entre los conocimientos, prácticas, conductas y actitudes. La finalidad sea alcanzar el mayor en-

tendimiento posible de la problemática de salud que se esté enfrentando, teniendo como centro de la atención y vigilancia en salud al individuo, a la familia y a la comunidad o colectivo. la comprensión del mundo presente en el cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento, es decir en este caso el proceso salud-enfermedad como el sujeto como centro y no la enfermedad o la disciplina predominante.

**Figura 12**

**Dimensiones del trabajo matricial**



**Fuente:** Elaborado a partir de Cunha & Campos, 2010.

La transdisciplinariedad encamina hacia procesos de convergencia, reciprocidad, mutuo enriquecimiento y aprendizaje continuo, con los otros componentes de la RAS. Además de las organizaciones o redes ancestrales y populares de salud, muchas organizaciones sociales u organizaciones privadas no lucrativas, han desarrollado abordajes en el campo de la salud a partir de los cuales se puede enriquecer la política pública y mejorar la atención a la población.

#### 4. Intersectorialidad

La intersectorialidad es definida como un atributo dado que es un principio para la acción en salud. Es la comprensión sobre que el trabajo en salud debe ser producto de la coordinación de los diferentes sectores y con una participación social que acompañe todo el ciclo de la gestión de la política pública. No obstante, tiene implicaciones directas para el diseño del proceso de atención y vigilancia en salud.



La intersectorialidad se define como la coordinación entre diversos sectores, organizaciones e instituciones sociales, públicas o privadas, lucrativas o no lucrativas, orientada a la solución de un problema de salud. Forma parte de la promoción de la salud, entendida ésta como una acción transformadora de la determinación y condicionantes de la salud, que se fundamenta en procesos de empoderamiento y participación social. En determinados contextos comunitarios está relacionada con la defensa del territorio y la autonomía de los pueblos ancestrales.

El trabajo en redes potencia la coordinación entre actores sociales, ancestrales, comunitarios e instituciones públicas y privadas, que permita un abordaje integrativo de la salud en redes locales, distritales, interdistritales, de áreas de salud y en el nivel nacional. Genera una mayor capacidad social para promover, resguardar y sostener la reproducción de la vida en equilibrio y armonía con el ambiente y la Madre Naturaleza.

La intersectorialidad está estrechamente relacionada con el macroproceso de rectoría estratégica y gobernanza democrática, particularmente con los procesos de definición y conducción de política y la planificación sanitaria.

Existen espacios formales dentro del aparato público que están diseñados para el desarrollo de políticas intersectoriales. Destaca el sistema de consejos de desarrollo, que tienen presencia, desde los consejos comunitarios hasta el nivel nacional. Estos consejos son considerados como parte de la RAS y su papel será la coordinación para el desarrollo de programas y proyectos que estén dirigidos a transformar la determinación social, las condiciones y los riesgos de la salud. El trabajo en redes debe potenciar las posibilidades del trabajo intersectorial en municipios y departamentos.

Un aspecto fundamental es que la intersectorialidad debe dar cuenta de la presencia de los pueblos ancestrales en el territorio. Debe considerar la visión y el conocimiento de estos pueblos para el ejercicio de sus derechos y realizar un trabajo de promoción de la salud que parta de la defensa del territorio y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza.

#### D. Reestructuración de la red de atención institucional

A continuación, se describe la base organizativa del modelo de atención de la RASI, para lo cual se realiza primero una problematización de la estructura organizativa actual de los servicios de salud en Guatemala, y posteriormente la propuesta para el trabajo y fortalecimiento de la red de atención.

### 1. Problemática de la actual estructura organizativa de los servicios de salud del MSPAS.

Actualmente el MSPAS organiza los servicios en tres niveles de atención de acuerdo con su Reglamento Orgánico Interno, como se muestra en la FIGURA 13.

El primer nivel, se restringe a servicios básicos prestados en puestos o centros comunitarios de salud, los cuales poseen una baja capacidad resolutive y existe una brecha importante de infraestructura, equipos y personal de salud, con relación a la cantidad de población. De acuerdo con el reordenamiento territorial hecho bajo los lineamientos técnicos del MIS, se calcula que la brecha es de al menos de 4,000 de puestos de salud.

El segundo nivel, definido como la atención en centros de salud y hospitales generales. Clasifi-



cación que progresivamente ha sido abandonada por lo que se conoce hoy como Centros de Atención Permanente (CAP), y Centros de Atención Integral Materno Infantiles (CAIMI). Estos están dirigidos a servicios materno-infantiles. No se conocen estudios que permitan identificar la brecha de este tipo de servicios con relación a las necesidades de la población y en el marco de un modelo de salud definido.

Estos centros no priorizan otros tipos de atención más allá de la materno infantil y no se cuenta con un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia. Generalmente su nivel de resolución es bajo y la población se dirige directamente a los hospitales para tratar de resolver sus necesidades de salud. No se cuenta con un sistema de información dirigido a captar la información pertinente para este nivel de atención y el equipamiento tecnológico diagnóstico es reducido.

**Figura 13**

**Organización oficial de los servicios del MSPAS**



**Fuente:** elaborado a partir del (Decreto Número 90-1997. Código de Salud, 1997)

El tercer nivel, es el referente a lo que se conoce generalmente como hospitales y está constituido por hospitales regionales, nacionales y especializados de referencia nacional. Estos reciben por demanda espontánea sin un sistema de referencia de referencia, por lo que su funcionamiento es ineficiente y ineficaz al dedicar una gran carga de su trabajo a problemas sanitarios que debieran ser resueltos en el primer o segundo nivel de atención.

Sus recursos tecnológicos son heterogéneos, muchas veces sin tener servicios de apoyo diagnóstico o clínicos básicos, desactualizados y sin un adecuado mantenimiento. La mayoría de ellos están sobrecargados por demanda de atención materna que no es resuelta en el resto de la red, con la consecuente ocupación en atención neonatal. En general existen largas listas de espera para procedimientos electivos y la baja capacidad



resolutiva de red hospitalaria hace que se dé una sobre demanda a los dos hospitales de referencia nacional, ubicados en el área metropolitana.

Los hospitales especializados de referencia nacional juegan un papel muy importante pero su cobertura y acceso es bajo con relación a la demanda de atención de la población. Trabajan sobre las complicaciones de padecimientos que adecuadamente detectados no tendrían que llegar a requerir este tipo de tratamientos (ejemplo: insuficiencia renal crónica, estadios de cáncer avanzados o problemas cardiovasculares descompensados).

La infraestructura hospitalaria está en un estado precario, con bajo mantenimiento. Hay hospitales que debieran ser reemplazados y otros debieran tener mejoramientos o remozamientos importantes. No se conocen estudios que determinen la brecha hospitalaria con relación a las necesidades de la población y en el marco de un modelo de salud definido.

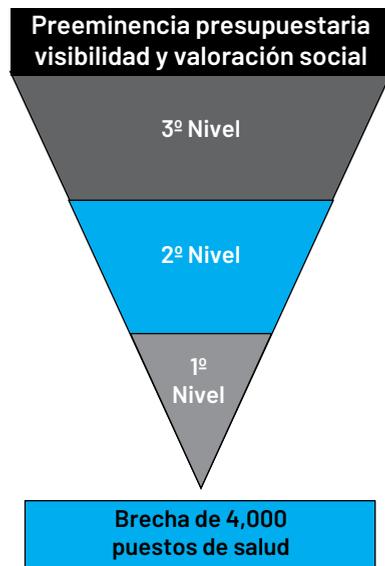
Hay esfuerzos innovadores en la red hospitalaria sobre atención integral, no obstante, la mayor parte de la red hospitalaria trabaja con base al modelo biomédico, individual, con poca participación de la familia o la comunidad.

Del total de recursos económicos destinados a los tres niveles de atención, es la red hospitalaria o tercer nivel, la que consume el 60% del presupuesto. Estudio de cuentas nacionales, MSPAS, 2017). En consecuencia, la figura que mejor podría ejemplificar la situación de los tres niveles de atención es la que se presenta en la FIGURA 14.

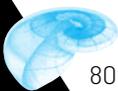
Aunque se puede afirmar que los tres niveles de atención permanecen desfinanciados (el financiamiento del MSPAS se mantiene históricamente en el 1% del PIB), en permanente crisis y desarticulados, es el tercer nivel el que históricamente se le ha dado mayor prioridad, tiene mayor visibilidad social y mayor sensibilidad política.

**Figura 14**

**Realidad de los servicios del MSPAS**



**Fuente:** elaborado por ISIS



En contraste con lo anterior, en la región latinoamericana, la mayoría de los países cuenta con un primer nivel de atención más amplio, conformado por equipos interdisciplinarios, con mayor capacidad tecnológica y recursos para la atención en salud. Se han ido generalizando enfoques comunitarios y familiares con diferentes variantes y desarrollos, con distribución equitativa de recursos, lo que permite aumentar la

capacidad resolutive y dejar los casos que requieran tratamiento especializado a los hospitales (Acosta Ramírez et al., 2016; Giovanella, Almeida, Vega Romero, Oliveira, & Tejerina Silva, 2015).

En el CUADRO 6, se describen algunas de los problemas de la organización actual de los servicios por nivel de atención, realizando alguna diferenciación por categorías seleccionadas.

**Cuadro 6**

**Problemáticas de la organización en niveles de atención (1)**

Problema	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
	PS	CS, CAIMI, CAP	HD, HR, HN
<b>Organización y prestación de servicios</b>			
• Amplias brechas de cobertura poblacional	X	X	X
• Enfoque eminentemente curativo e individual, con ausencia de enfoques familiares	X	X	X
• Baja capacidad resolutive y diagnóstica precoz	X	X	
• Atención con enfoque materno infantil predominantemente	X	X	X
• Pérdida de la continuidad en la atención	X	X	X
• Ausencia del cuidado longitudinal de la atención	X	X	X
• Disparidad en el cumplimiento de los resultados de atención clínica materno infantil (baja producción partos y atención pediátrica normales en centros intermedios y alta en centros de referencia)		X	X
• Falta de calidad en la atención	X	X	X
• Ausencia de continuidad a la rehabilitación y cuidados paliativos	X	X	X
• Falta de atención a enfermedades crónicas y degenerativas, aun teniendo los recursos de apoyo disponibles	X	X	
• Sobrecarga de patologías de capacidad resolutive en primer nivel de atención			X
• Enfoque parcial del proceso-salud enfermedad sin incluir otras prácticas o articulación con otros modelos de salud	X	X	X
PS: Puesto de salud CS: Centro de salud CAIMI: Centro de atención materno infantil CAP: Centro de atención permanente	HD: Hospital departamental HR: Hospital regional HN: Hospital Nacional		



<b>Cuadro 7</b>			
<b>Problemáticas de la organización en niveles de atención (2)</b>			
<b>Problema</b>	<b>Primer Nivel</b>	<b>Segundo Nivel</b>	<b>Tercer Nivel</b>
	<b>PS</b>	<b>CS, CAIMI, CAP</b>	<b>HD, HR, HN</b>
<b>Gestión y recurso humano</b>			
• Una misma gestión administrativa para el primer y segundo nivel	X	X	
• Variedad de categorías de servicios, algunos con vacíos legales o sin regularización	X	X	X
• Ineficiencia en el uso de los recursos	X	X	X
• Deficiente preparación en gestión de los servicios	X	X	
• Ineficiencia en la utilización de los recursos, falta de conocimiento gerencial y planificación estratégica	X	X	X
• Desabastecimiento de medicamentos e insumos clave	X	X	X
• Gran variedad de categorías de servicios, algunos sin fundamento legal		X	X
<b>Soporte y apoyo</b>			
• Baja densidad tecnológica e inequidad en su distribución	X	X	X
• Ausencia de utilización de tecnologías de soporte nuevas	X	X	X
• Poca coordinación con niveles superiores e inferiores	X	X	X
• Alta fragmentación de los servicios	X	X	X
• Baja producción de atención quirúrgica programada			X
• Atención quirúrgica principalmente de urgencias no programadas			X
• Poca coordinación horizontal en el mismo nivel y vertical con otros niveles, alta fragmentación	X	X	X
• Ausencia de un sistema de información unificado	X	X	X
<b>Calidad de atención</b>			
• Falta de estándares de calidad de la atención y seguridad del paciente	X	X	X
• Alta saturación			X
• Ausencia de soporte clínico y pedagógico	X	X	X
<b>Política</b>			
• Ausencia de participación social	X	X	X
PS: Puesto de salud	HD: Hospital departamental	CAP: Centro de atención permanente	
CS: Centro de salud	HR: Hospital regional		
CAIMI: Centro de atención materno infantil	HN: Hospital Nacional		

Ejes de la problemática que enfrentan los niveles de atención del MSPAS, son los siguientes:

- La ausencia de un modelo de atención definido que abarque y de coherencia a los tres niveles de atención. En consecuencia, ausencia de planificación y proyección del desarrollo integral de los tres niveles de atención.

- La prioridad histórica que la política y administración pública en salud ha dado al tercer nivel de atención, en detrimento del desarrollo del segundo y primer nivel de atención.
- Estancamiento técnico y financiero de los tres niveles de atención con relación al crecimiento poblacional, transición demográfica y complejización epidemiológica.

- Enfoque materno infantil y por programas verticales no acorde a la dinámica epidemiológica y problemas sanitarios generales que enfrenta la población.
- Históricamente se ha consolidado una visión mínima del primer nivel de atención, lo que repercute en la eficiencia y eficacia de todo el sistema de salud, particularmente del MSPAS.
- Lo anterior genera fragmentación, inexistencia de sistemas de información y de referencia y contrarreferencia entre niveles.
- Al interno del MSPAS, se da una jerarquización en las relaciones profesionales, desvalorizando el trabajo y al personal que realiza funciones en el primer y segundo nivel de atención. Se da una supremacía de la especialidad y subespecialidad, sobre el trabajo del médico general. Afectando las comunicaciones, el sistema de referencia y contrarreferencia, en síntesis, las posibilidades de la continuidad de la atención a la población.

El problema más serio que enfrenta la salud pública con relación a la atención de la población es el enfoque limitado a problemas infecciosos, carenciales, materno infantiles y prioridades según programas verticales, en detrimento de la atención a problemas crónicos degenerativos, salud mental, violencias, ambientales, entre otros. Se está en un contexto de complejización epidemiológica, en la que todos los problemas de salud conocidos se presentan en la población de manera preocupante. La población pobre y en extrema pobreza, concentra en general los peores índices de enfermedad y muerte por cualquier causa.

Lo anterior impide visualizar la compleja problemática de salud de la población y, en consecuencia, la imposibilidad de diseñar, planificar e implementar, una estructura organizacional que

alcance a dar una atención coherente a dicha problemática. En la siguiente sección se presenta las implicaciones de la propuesta en redes de atención en salud que se propone.

## 2. Implicaciones de la propuesta de reestructuración en redes de atención en salud institucional.

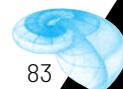
Las redes de atención en salud institucional, las RASI, constituyen un cambio de fondo a la actual situación de los servicios de salud del MSPAS, que están organizados por niveles de atención. Sus implicaciones afectan en positivo el funcionamiento de la atención a la población, logrando poner en práctica las bases conceptuales y metodológicas de esta propuesta y alcanzando una respuesta adecuada a la complejización epidemiológica y problemática de salud en general.

### a. *Interconectividad, articulación y vinculación en red*

La RASI, plantea que los puntos de atención y vigilancia en salud integral e incluyente deben estar organizados de una manera horizontal, es decir, apoyándose, complementándose y haciendo sinergia para beneficio de la población. Ello significa que se debiera trabajar sin una jerarquía por niveles, sino más bien en un sentido de complemento y de igual valorización desde un puesto de salud a un hospital.

Esta horizontalización, introduce la idea de interconectividad, articulación y vinculación en la red de atención en salud, mediante mecanismos de comunicación interpersonales, con o sin apoyo de tecnologías de la comunicación.

Especialmente se debe trabajar en equipo entre puntos de atención de la RASI y en estrecha coordinación con atenciones o trabajo sanitario desarrollado por los otros componentes de la RAS.



**b. *Rescate del concepto de complejidad en todos los puntos de atención.***

Desde el concepto de RAS, se cuestiona la noción de complejidad creciente por niveles de atención y la jerarquización entre profesionales de acuerdo a su nivel de especialidad o por categoría profesional (Mendes, 2011).

En esta propuesta se plantea la complejidad diferenciada de los diversos puntos de atención, tanto a nivel local (sectores y territorios), municipal, departamental, como nacional.

Las redes locales y distritales de salud, los equipos de salud trabajan con una realidad compleja donde la transformación de la determinación social, condicionantes o riesgos de salud, requiere de equipos de trabajo con competencias muy variadas y capaces de ajustarse a situaciones muy diversas. Además, que las acciones dirigidas a los individuos, familias y comunidades, implica conocimientos, recursos metodológicos, habilidades y actitudes, de alta competencia profesional enriquecida por diversidad de disciplinas.

En estas redes se da el encuentro con los modelos ancestrales y populares de salud, lo que implica una actitud abierta y de respeto a las diferentes concepciones y prácticas en el campo de la salud. Resulta esencial, el nivel de articulación y de coordinación entre los componentes de la RAS, por lo que las competencias de diálogo, negociación y capacidad de conducción son importantes.

En los puntos de atención hospitalarios, los equipos de salud se enfrentan a una complejidad de la atención individual en primer término. Esta complejidad se debe a la misma multidimensionalidad de la persona y al proceso salud-en-

fermedad-muerte que se trate. En segundo término, el trabajo con la familia de la persona enferma requiere capacidades de integración del conocimiento y recursos metodológicos surgidos de varias disciplinas. El trabajo matricial de diversos profesionales es necesario.

**c. *Intercambio horizontal de conocimiento y prácticas para aumentar la capacidad de resolución***

La RASI, al trabajar con equipos polifuncionales, matriciales y de diferentes disciplinas debe avanzar en el intercambio horizontal de conocimientos y prácticas entre el personal de salud.

De igual manera, a partir de la pertinencia intercultural, se debe establecer una coordinación con los diferentes componentes de la red, particularmente con aquellos cuyo contenido de la atención está basado en otros paradigmas de la salud.

Con ello, se espera desarrollar una atención integral y una organización de equipos que supere la fragmentación al interior de la RASI.

**d. *Formación integral e integradora: renovación y crecimiento permanente del talento humano sanitario***

La implementación de la RASI, parte de considerar a la red de atención como un espacio formativo a través de proyectos pedagógicos estratégicos<sup>1</sup>. Se espera generar un espacio transformador de aprendizaje inter o transdisciplinario, que repercuta en la formación integral e integradora del personal de salud.

Estos espacios de formación al interior de la RASI y con coordinación del personal de los diferentes

<sup>1</sup> Dichos procesos estratégicos se encuentran descritos en el apartado Formación estratégica para la consolidación de la Red de Atención Institucional en la página 165.

puntos de atención, espera superar competencias limitadas a un conocimiento técnico específico y generar competencias para trabajar de manera efectiva en la problemática sanitaria (Morin, 2003).

Un aspecto fundamental en la atención en salud es el trabajo con aspectos psicológicos, espirituales, religiosos o ideológicos de la población. Eso implica ampliar la mirada biomédica y trabajar con los aspectos subjetivos y afectivos de la población (Morin, 2003).

Lo anterior significa que el personal deberá ir desarrollando una actitud abierta y libre de aprendizaje al interior de la RASI y con los equipos o terapeutas de los otros componentes de la RAS. Son experiencias significativas que impactan en otros ámbitos de la vida del personal de salud (Morin, 2002).

En el caso guatemalteco, de acuerdo a la configuración de los equipos, en referencia a su identidad local o con un pueblo, estos procesos de formación permiten desarrollar un sentido de pertenencia y de compromiso con la población. En otras palabras, se espera que se dé un proceso subjetivo con relación a la población y territorio donde se trabaje (Túlio Batista & Emerson Elias, 2011).

La idea fundamental es que las perspectivas, atributos, la MUSA y otros aspectos conceptuales y metodológicos, realmente impacten en el trabajo cotidiano de los equipos de la RASI.

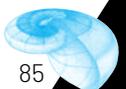
### e. Trabajo en salud: una práctica multidimensional

La dinámica de trabajo del personal en la red de atención en salud posee la característica de poseer una dimensión social, subjetiva y energética, así como una dimensión técnica y de formación profesional. Dichas dimensiones se encuentran en toda atención y vigilancia en salud de la RASI, por ello cada momento de trabajo en equipo y con la población, es un acto vivo de acuerdo a la definición Merhy (2002).

Un salubrista interactúa el tiempo completo con instrumentos, normas, máquinas, formando así todo ese proceso de trabajo, en el cual interactúan diversos tipos de tecnologías. Entonces, en una red de atención lo que determina dicho trabajo depende de la forma como se comportan la utilización de diferentes tecnologías; pueden ser procesos más creativos, centrados en las relaciones (tecnología leve); saberes técnicos estructurados (tecnología leve-dura) o bien los instrumentos y máquinas (tecnología dura) (Merhy, 2002).

## 3. Elementos diferenciales de la Red de Atención en Salud Institucional

Para sintetizar el cambio paradigmático que esta propuesta requiere en los CUADRO 8 y CUADRO 9, se sintetizan las principales diferencias entre el sistema organizado en niveles y las redes de atención en salud institucional.



**Cuadro 8**

**Características diferenciales de un sistema organizado en niveles y de la Red de Atención en Salud Institucional (1)**

Característica	Sistema Organizado en Niveles	Red de Atención en Salud Institucional
<b>Paradigma eje</b>	Biomédico, mono y/o multicausal	Síntesis paradigmáticas y articulación con redes ancestrales
<b>Comprensión del proceso salud-enfermedad</b>	Mono causal y se reconoce la multicausalidad pero no se interviene.	Multiconcepción incluyente del proceso salud-enfermedad y la reproducción social en sus tres niveles de análisis-acción.
<b>Marco filosófico</b>	Indeterminado	Perspectivas, atributos y bases fundantes <sup>2</sup>
<b>Coordinación de la atención</b>	Inexistente/deficiente	Realizada desde el nivel local por el equipo comunitario de atención en salud hacia los diferentes puntos y equipos de atención
<b>Comunicación entre los componentes</b>	Inexistente/deficiente	Sistemas logísticos y de apoyo eficaces, comunicación entre profesionales y puntos de atención.
<b>Objetivos y énfasis</b>	Objetivos parciales individuales en diferentes servicios, curación de causa aguda.	Modificación sobre la determinación social y acciones de promoción, prevención, curación, paliativas y compasivas a nivel comunitario, familiar e individual.
<b>Nivel de análisis-acción</b>	Individuo	Comunidad/colectividad, familia e individuo
<b>Forma de accionar del sistema</b>	Reactivo basado únicamente en prioridades definidas a nivel central, focalización.	Proactiva y continua, basada en tres programas de intervención comunitario, familiar e individual a partir del Análisis de Situación en Salud en concordancia con los objetivos de la red.
Relación con la ciudadanía	A demanda.	Atención continua y longitudinal.

Fuente: Modificado de (Mendes, 2011).<sup>2</sup>

**Cuadro 9**

**Características diferenciales de un sistema organizado en niveles y de la Red de Atención en Salud Institucional (2)**

Característica	Sistema Organizado en Niveles	Red de Atención en Salud Institucional
<b>Estrategia para el énfasis de intervención</b>	Programas Verticales	Horizontalización programática.
<b>Énfasis del cuidado</b>	Cuidado profesional centrado en los profesionales, especialmente los médicos.	Cuidado basado en el trabajo y apoyo matricial con equipos interdisciplinarios en proyectos negociados con usuario y personal de salud, en coordinación en paralelo con modelos ancestrales y fortaleciendo el autocuidado.
<b>Conocimiento y acción</b>	Cuidado profesional centrado en los profesionales, especialmente los médicos.	Democratización del conocimiento en discusión multidisciplinaria de conocimientos y encuentros transdisciplinarios con otros modelos.

Continúa...

<sup>2</sup> Multiconcepción incluyente, reproducción social, horizontalización programática, continuidad y longitudinalidad de la atención e intersectorialidad, todas ellas desarrolladas en la sección Marco filosófico conductor (página, 74).

**Cuadro 9**

**Características diferenciales de un sistema organizado en niveles y de la Red de Atención en Salud Institucional (2)**

Característica	Sistema Organizado en Niveles	Red de Atención en Salud Institucional
<b>Formación</b>	Hospitales y centros de segundo y primer nivel como centros de práctica (EPS).	Formación tecno-pedagógica en todos los puntos de atención de la red.
<b>Tecnología de información</b>	Fragmentada, inaccesible en otros puntos de atención.	Integrada a partir del código familiar e individual, ficha familiar e individual electrónica accesible en cualquier punto de la red.
<b>Organización territorial</b>	Territorios político-administrativos definidos por una lógica política.	Sectorización realizada a partir de variables geográficas, socio-lingüísticas, climáticas, políticas locales, entre otras.
<b>Acceso a tecnologías</b>	Restringida a niveles superiores, de distribución inequitativa	Distribución equitativa de acuerdo al perfil socio-epidemiológico con posibilidad de coordinación en red cuando amerite.
<b>Ciudadanía y participación social</b>	Paciente que recibe prescripción y se niegan sus matrices socio-culturales.  Pasiva, comunidad como cuidadora y que debe recibir directrices desde nivel central.	Agentes de su propia salud en co-responsabilidad con el personal de salud y potenciado por sus matrices socio-culturales.  Participación de abajo hacia arriba en el marco de una Gobernanza democrática y sus procesos de formulación y conducción de políticas; planificación estratégica territorial; desarrollo institucional; transparencia y rendición de cuentas y, comunicación estratégica

Fuente: Modificado de (Mendes, 2011)

A partir de lo expuesto hasta ahora, y de las principales diferencias entre un sistema organizado en niveles y otro en redes de atención en salud,

es posible presentar una definición conceptual y metodológica de la RASI.







## CAPÍTULO IX

### Diseño programático, vigilancia y gestión del AVI

El proceso de atención y vigilancia en salud (AVI), tiene como objetivo la atención integral e incluyente a la población en todos sus ciclos de vida. Este proceso integra los subprocesos de atención a nivel individual, familiar y comunitario, bajo el concepto de diseño programático; así como los subprocesos de vigilancia en salud sociocultural y el de la gestión de la atención y vigilancia en salud.

El AVI, está enmarcado en el modelo de atención definido para las redes de atención y en el conjunto de perspectivas, atributos y aspectos conceptuales y metodológicos, presentados en este documento.

Este capítulo está dirigido a presentar el diseño programático, la vigilancia y gestión del AVI, alineándose a su objetivo y bases fundantes, así como a la reestructuración de las redes de atención institucionales (RASI).

El diseño programático, la vigilancia y la gestión de la atención se organizan de acuerdo al marco teórico de la reproducción social, la complejidad y la transdisciplinariedad.

La forma como se estructuran los programas de atención a la población es a través de los tres niveles de análisis acción identificados en la reproducción social y que son el nivel individual, familiar y comunitario. En cada uno de ellos se

diseña una atención integral a partir del reconocimiento de su naturaleza compleja y la necesidad de tener abordajes transdisciplinarios. Toma en consideración las características necesarias para el trabajo en redes, superando la organización por niveles de atención.

El desarrollo del programa comunitario, familiar e individual de salud, tienen como sustento la vigilancia y el ciclo de gestión. Por lo que, a lo largo del tiempo, deberían innovarse y mantener la calidad y pertinencia de la atención que se da a la población. Los otros macroprocesos definidos para las redes de atención en este documento son complementarios y necesarios de realizar para que se alcance el objetivo de garantizar el acceso público y el derecho a la salud de la población.

#### **A. Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS)**

El programa comunitario de atención en salud es el que está referido a trabajar con especial énfasis en la promoción de la salud. Entendida ésta como la transformación de la determinación social y las condicionantes de la salud. Al tener como sujeto de su acción a las colectividades presentes en un territorio, también abarca acciones preventivas dirigidas a reducir los riesgos para la salud.



Como se verá a continuación, el programa comunitario tiene acciones a lo largo de todos los puntos de atención de la red y al referirse al contexto donde se ubica los individuos y las familias, genera condiciones para una atención pertinente, integral, eficaz y eficiente de los programas individual y familiar.

Tiene estrecha relación con el macroproceso de rectoría estratégica y gobernanza democrática. Particularmente tiene implicaciones para la constitución y mantenimiento de la RAS.

A continuación, se describe su caracterización, espíritu, objetivo, resultados y mecanismos de vinculación y continuidad con los otros programas y modelos de atención.

### 1. Caracterización

El nivel de análisis acción de la comunidad se refiere a una colectividad que habita en un área geográfica delimitada, urbana o rural y que comparte el mismo contexto histórico-social local. Las áreas rurales pueden ser de diferentes tamaños poblacionales y muy diversas en criterios que posteriormente se expondrá. Las áreas urbanas, pueden tener también diferentes tamaños poblacionales, diferenciándose enormemente unas de otras. Pueden ser cascos urbanos municipales de diferentes tamaños, o bien, áreas urbanas en las grandes ciudades, especialmente en la región metropolitana. Estos últimos, están densamente poblados, muchas veces con periodos inestables de permanencia por parte de la población, condiciones laborales y sociales de alta heterogeneidad.

A partir de lo anterior, a la denominación genérica de la comunidad o lo comunitario, se refiere a aldeas, caseríos, cantones, parajes, colonias, condominios, zonas, barrios, u otros. También se refiere a los colectivos que existen en las comunidades.

El trabajo en salud no puede eludir el trabajo con la comunidad y la madre naturaleza, ya que en ésta se expresan y reproducen el proceso de determinación social de la salud-enfermedad. Cada una de las comunidades refleja, de manera particular y contextualizada localmente, procesos generales que acontecen en niveles más amplios del país, como los municipales, departamentales y nacionales. El hecho de encontrar a una población dentro de un mismo espacio supone identificar formas más o menos estables, sobre cómo se relaciona y articula un colectivo con su entorno (municipal, departamental, regional o nacional). La comunidad también es un nivel que media las relaciones de las personas y las familias con los espacios externos más amplios. El territorio que comparte la población implica a su vez, su relación estrecha con la madre naturaleza como sujeto propio. Este marco de opciones limita o favorece las alternativas que se tienen, para la producción y el consumo.

La comunidad debe concebirse como un ámbito complejo y multidimensional, en donde se relacionan procesos, intereses y conjuntos socio-culturales diversos, y por lo cual no debe considerarse homogéneo. Para que el trabajo en salud sea efectivo, es preciso identificar esas necesidades y problemáticas distintas, pues requieren de acciones que respondan, también, de manera diferente, y que además sean plausibles de reconocerse en cualquier punto de la red.

No obstante, la heterogeneidad de la comunidad, los procesos, relaciones y estructuras que sí se comparten entre sus grupos y miembros, favorece la cohesión y organización comunitaria, la cual abre oportunidades al desarrollo de acciones colectivas, y que los servicios de salud deben potenciar y apoyar. Tanto la situación de salud, como la acción social y política de la comunidad,



se definen a partir de los procesos de producción, consumo y socio-culturales existentes.

En la organización comunitaria, no se incluyen únicamente los grupos o comités formalmente establecidos. Por lo general, existen redes de apoyo construidos alrededor de familias, afinidades políticas, religiosas, de identidades genéricas, cercanía geográfica o amistades, que no siempre se visualizan o se toman en cuenta, pero son vitales para el trabajo sanitario.

En la esfera productiva, son muchos los aspectos que influyen en la comunidad, como las actividades económicas predominantes, la existencia y tipo de migración laboral, el mercado local y su relación con mercados externos, la propiedad de la tierra y otros medios de producción. Éstos son algunos de los elementos que afectan la salud de la población, al mismo tiempo que definen los tipos y formas de organización social (como cooperativas, movimiento campesino, organizaciones laborales, entre otros) y sus demandas colectivas (p. ej. acceso a tierra y propiedad, mejoras en salarios y situación laboral, créditos, etcétera).

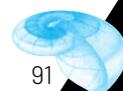
Es necesario incluir dentro de los procesos productivos, el trabajo doméstico, el que, a pesar de no ser remunerado, al igual que otras actividades, está acompañado de cargas y riesgos específicos. Lo mismo ocurre con otras modalidades productivas relacionadas a la esclavitud moderna<sup>3</sup>, y a la flexibilización del mercado laboral.

3 Esclavitud moderna es un término sombrilla que incluye conceptos con vinculación legal. Esencialmente, esto se refiere a las situaciones de explotación que la persona no puede negarse o dejarla por amenazas, violencia, coerción, decepción y o abuso de poder. Incluye trabajo forzado, casamiento forzado, trabajo en servidumbre y trata de personas (ILO, 2017).

Para el caso de las áreas urbanas y la ciudad capital se añaden condiciones particulares como el aumento de la población viviendo en condición de calle, y de personas en grandes industrias, maquilas, fábricas y otros, el hacinamiento y la ubicación de viviendas en espacios de marginalidad y altos índices de pobreza, violencia y contaminación ambiental. y mayor probabilidad de exposición a consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo.

Como se mencionó con anterioridad, el consumo está sujeto al marco de opciones de la comunidad. En algunos casos, el acceso a ciertos recursos por parte de algunos grupos o familias se obtiene de gestiones particulares y por mecanismos de mercado. Sin embargo, existen algunas formas socializadas de consumo, que son aquellos elementos utilizados por la totalidad o la mayoría de la población como los que produce y distribuye el Estado (política pública), los recursos naturales, o las mismas estrategias comunitarias. Una mayor disposición de nuevos bienes o servicios colectivos depende en gran medida de la organización comunitaria y la gestión política-social que desarrolle. La presencia o no, suficiente o insuficiente de servicios públicos, como es el caso de salud, depende de la forma como se inserta la comunidad al sistema económico, político y social.

El proceso socio-cultural, expresado en ciertos conjuntos de significados, conocimientos, actitudes, normas, costumbres y preferencias en la comunidad, incluyendo las relaciones de género, influyen en la forma y grados de participación de los habitantes, la utilización de los recursos, las necesidades percibidas y la definición de prioridades. En el ámbito comunitario se visibilizan espacios de socialización de los diferentes conjuntos socio-culturales (escuelas, iglesias, grupos deportivos, laboral, convivencia colectiva



en plazas por personas en condición de calle y otros), que permiten conocer cómo se desarrollan los individuos en su ciclo de vida, así como las dinámicas, roles y estatus que se les otorgan en cada etapa, diferenciados también por el género pudiéndose matizar diferentes grados de exclusión o inclusión de ciertas personas en estos espacios.

La presencia de pueblos ancestrales u originarios puede significar grandes potencialidades de trabajo colectivo en defensa del territorio y en defensa de sus derechos.

Es frecuente encontrar la existencia de otros modelos de atención, diferentes al biomédico predominante, que cuenta con sus concepciones sobre la salud, enfermedades específicas, prácticas, terapeutas y servicios propios.

## 2. Espíritu del Programa Comunitario de la Red de Atención en Salud

El programa comunitario comprende que la comunidad es un espacio complejo y que su situación de salud está determinada por aspectos históricos, económicos, sociales, políticos y culturales, propios de la población. De esta manera, el trabajo está dirigido a la transformación de la determinación social, condicionantes y riesgos a la salud, de la población. Facilitando procesos de organización comunitaria y promoviendo la participación todos los habitantes.

En la relación con la comunidad deben conocerse las experiencias organizativas en diferentes momentos de su historia, para explicarse los procesos de afrontamiento de las actuales necesidades y construir relaciones con las organizaciones y redes de autoayuda. Las acciones sanitarias se acuerdan con la comunidad, en base a un análisis de situación de salud participativa que abarca

no sólo los riesgos y problemas de salud, sino la relación que éstos tienen con sus procesos productivos, de consumo y socioculturales.

Para el abordaje de la determinación social y las condicionantes de la salud, el programa promueve y apoya las relaciones entre diferentes grupos comunitarios, acuerdos con otras comunidades, así como las coordinaciones institucionales e intersectoriales. En búsqueda de poder constituir la RAS y coordinar con todos sus componentes, que se expresan de manera diferentes dependiendo del nivel local, municipal, departamental o nacional.

A partir de la caracterización de la determinación social y las condicionantes de la salud, las lógicas socioculturales y dinámicas de los diferentes grupos existentes, se pueden llegar a identificar conjuntos socioculturales. Estos conjuntos pueden tener procesos de salud-enfermedad-muerte particulares, y con esto definir intervenciones sanitarias diferenciadas.

Cada comunidad posee recursos, prácticas y sabidurías en salud que son necesarios reconocer, o recuperar debido a acontecimientos históricos de represión, así como la valorización de otros modelos de salud existentes. Entre los diferentes modelos explicativos se llevan procesos de interacción e intercambio de experiencias, para profundizar en el aprendizaje mutuo, y en lo posible se impulsan acciones sanitarias conjuntas.

Generar desde la visión curativa occidental predominante en la red de atención institucional el reconocimiento y valoración de otros modelos de atención existentes a nivel comunitario, favorece una atención humanizada basada en el respeto y la creación de vínculos de confianza, así como la inclusión de estrategias de intervención para



otras áreas de la comunidad y su entorno ecosistémico.

Ante esto, los diversos servicios de salud deben promover su articulación para una mejor respuesta a las necesidades en salud de la población, basada en la concepción de redes de atención en salud.

En el desarrollo del programa, se incluyen actividades de comunicación social que permitan la difusión de información y el fortalecimiento de las relaciones entre la comunidad y los servicios de salud.

### 3. Objetivo del Programa Comunitario de la Red de Atención de Salud Institucional

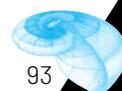
El objetivo general del PCOS es incidir en la transformación de la determinación social, condicionantes y riesgos de la salud, así como promover las potencialidades y empoderamiento comunitario para mejorar la situación de salud de las comunidades.

Como se comentó antes, el PCOS tiene una estrecha relación con el macroproceso de REGOD y particularmente es importante para alcanzar la intersectorialidad y avanzar en la configuración de las redes de atención en salud (RAS).

En el siguiente apartado, se identifican los resultados generales del programa y los resultados específicos por equipos de trabajo.

### 4. Resultados del programa comunitario de atención en salud y funciones de vigilancia en salud sociocultural.

Se han definido una serie de resultados para el programa comunitario de atención en salud para cada uno de los equipos miembros de la red, con los cuales es posible definir actividades y tácticas operativas, un consolidado de los resultados es presentado en el CUADRO 10. Se anotan también resultados para equipos de DMS y DAS, que son complementarios a los equipos de atención constituidos para esos fines, en los diferentes puntos de atención.



Cuadro 10

Resultados del Programa Comunitario (1)

Resultados Esperados	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud –EAPAS–	Equipos de atención integral de Centro de Salud	Equipos Municipales de Salud DMS	Equipo de Atención Integral en Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud –DAS–
Se ha sido identificado y comprendido la estructura organizativa, formas de socialización y redes de apoyo comunitario y se han establecido relaciones que faciliten el fortalecimiento de su capacidad de gestión sanitaria y sociopolítica.	Se ha recolectado datos y generada información que permite la caracterización de las comunidades y formas de organización, cultura y condiciones de vida. Se ha planificado actividades con base a las características y estructura de las comunidades.	Se ha monitoreado y evaluado los procesos de generación de información, garantizando su calidad. Se ha conducido el ciclo de gestión de proyectos en los sectores de los territorios. Se ha socializado información a equipos de centro de salud y otros integrantes de la red según corresponda	Se ha utilizado la información de familias y comunidades según procedencia y destino de las personas atendidas por el centro de salud referidas de la red o por demanda espontánea. Se ha generado información de pacientes atendidos para su seguimiento (longitudinalidad y continuidad de la atención) por otros servicios de la red y para análisis agregado en vigilancia sociocultural. Se ha utilizado la información propia y de la red para definir el proyecto terapéutico integral de pacientes, con enfoque de género e intercultural.	Se ha consolidado y analizado información de la RAS del DMS de forma participativa con la organización municipal. Se ha planificado en coordinación con autoridades y sectores municipales, basado en información obtenida en la RAS Se ha coordinado con la organización municipal existente y los sectores y territorios del municipio. Se ha coordinado con autoridades ancestrales las diferentes acciones de promoción de la salud.	Se ha participado en reuniones de análisis de información pro-play que provenga del resto de los servicios integrantes de la red aportando insumos para la coordinación interinstitucional y utilizándola en el proyecto terapéutico de individuos y familias atendidos, conociendo y tomando en cuenta el contexto de donde provienen y a donde se reincorporan, las perspectivas de género e interculturalidad.	Se ha participado en reuniones de análisis de información propia y que provenga del resto de los servicios integrantes de la red aportando insumos para la coordinación interinstitucional y utilizándola en el proyecto terapéutico de individuos y familias atendidos, conociendo y tomando en cuenta el contexto de donde provienen y a donde se reincorporan, las perspectivas de género e interculturalidad.	Se ha consolidado y analizado la información de las comunidades, sectores y territorios del DMS de forma participativa con la organización, autoridades y otros actores sociales a nivel departamental. Se ha planificado proyectos en coordinación con autoridades departamentales, basado en información obtenida de funcionamiento de toda la RAS Se ha coordinado con autoridades ancestrales las diferentes acciones de promoción de la salud. Se ha coordinado con la organización municipal existente y los DMS del departamento o Área de Salud.

**Cuadro 11**

**Resultados del Programa Comunitario (2)**

Resultados Esperados	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud –EAPAS–	Equipos de atención integral de Centro de Salud	Equipos de Distritos Municipales de Salud DMS	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud –DAS–
Se ha realizado periódicamente análisis de situación de salud, reconociendo lógicas explicativas sobre el perfil de morbilidad y riesgo mortalidad y riesgos biomédicos y los específicos de otros modelos, relacionándolos a los conjuntos socioculturales.	Se ha realizado con autoridades locales actividades de análisis y discusión de la situación de salud de los territorios de planificación participativa	Se ha conducido reuniones de análisis de situación de salud y de planificación de sectores de los territorios de forma participativa con la organización social y otros sectores presentes.	Se ha realizado actividades de Análisis de situación de salud del DMS. Se ha planificado periódicamente actividades con base en el ASIS.	Se ha analizado la situación de salud consolidada del DMS con autoridades y actores del Municipio, planificando en base a la información y análisis local.	Se ha realizado actividades de formación permanente con base a monitoreo y evaluación de competencias del personal por disciplina, de acuerdo a perfil de la demanda de atención y planificación local elaborada, tomando en cuenta lógicas de la cultura local, la perspectiva de género y ambiente.	Se ha realizado actividades de formación permanente con base a monitoreo y evaluación de competencias del personal por disciplina, de acuerdo a perfil de la demanda de atención y planificación local elaborada, tomando en cuenta lógicas de la cultura local, la perspectiva de género y ambiente.	Se ha consolidado información para el análisis de situación de salud de los DMS con autoridades y actores del departamento, planificando de manera conjunta en base a dicho análisis.
Se ha realizado vigilancia sociocultural de la salud a partir de los factores de riesgo priorizados en coordinación con el ámbito comunitario.	Se ha generado la información necesaria para el proceso de vigilancia sociocultural de la salud. Se ha coordinado con autoridades locales para generar espacios de vigilancia sistemática e identificación de factores de riesgo, tomando en cuenta las perspectivas de derecho a la salud, género, interculturalidad y ambiente.	Se ha conducido el ECOS el proceso de vigilancia sociocultural de manera sistemática con la participación de actores y autoridades comunitarias, tomando en cuenta las perspectivas de derecho a la salud, género, interculturalidad y ambiente.	Se ha participado y utiliza el análisis de situación de salud a partir de los conjuntos socioculturales, genéricos, y la identificación de los principales riesgos y perfiles de morbi-mortalidad sociocultural y genérico.	Se ha consolidado información del DMS y realiza actividades de vigilancia sociocultural con autoridades y organizaciones a nivel del municipio, tomando en cuenta las perspectivas de derecho a la salud, género, interculturalidad y ambiente.	Se ha realizado proceso de vigilancia a partir de los conjuntos socioculturales, genéricos, identificando los principales riesgos y perfiles de morbi-mortalidad sociocultural de área de influencia. Se ha realizado vigilancia sociocultural de la salud periódica con otros miembros de la Red de Atención en Salud (RAS), y con equipos hospitalarios identificando riesgos y perfiles de morbi-mortalidad sociocultural y genérico del área de influencia.	Se ha realizado vigilancia sociocultural de la salud a partir de los conjuntos socioculturales, genéricos, identificando los principales riesgos y perfiles de morbi-mortalidad sociocultural de área de influencia. Se ha participado en el proceso de vigilancia sociocultural de salud de forma periódica con otros miembros de la Red de Atención en Salud (RAS), y con Equipos de Atención Integral relacionando riesgos y perfiles de morbi-mortalidad de otros existentes en el área de influencia.	Se ha consolidado el proceso de vigilancia sociocultural de la salud creando espacios de análisis con autoridades departamental, promoviendo la planificación de los diferentes sectores tomando en cuenta el daño a la salud atendido por todos los integrantes de la red.



**Cuadro 12**

**Resultados del Programa Comunitario (3)**

Resultados Esperados	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Equipo de Atención Integral en Salud Ampliado	Equipo de atención Integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud –DAS–
Se ha desarrollado una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis y contingencias en las comunidades,	Se ha identificado viviendas y comunidades en condición de vulnerabilidad geográfica, climática, socioeconómica, coordinando con autoridades planes de emergencia para responder a situaciones de crisis.	Se ha reforzado competencias en el ECOS, monitoreo y supervisa la formulación y puesta en acción de planes de emergencia comunitaria, coordinando con autoridades y la organización existente.	Se ha utilizado la información generada por la red local conociendo el contexto de procedencia de personas y familias que requieren atención y elaboran planes de emergencia que respondan a situaciones de emergencia sucedidas en las comunidades.	Se ha consolidado información del DMS, identificando familias, comunidades, territorios y sectores en condición de vulnerabilidad, coordinando con autoridades municipales planes de contingencia que respondan a situaciones de emergencia a nivel de municipios.	Se ha utilizado la información generada por los servicios de la RAS conociendo el contexto de procedencia de personas y familias que requieren atención y elaboran planes de emergencia que respondan a situaciones de emergencia sucedidas en las comunidades.	Se ha utilizado la información generada por los servicios de la RAS conociendo el contexto de procedencia de personas y familias que requieren atención y elaboran planes de emergencia que respondan a situaciones de emergencia en las comunidades.	Se ha consolidado información del departamento, identificando municipios y territorios en condición de vulnerabilidad, coordinando con autoridades departamentales planes de contingencia que respondan a situaciones de emergencia a nivel de departamento.

## Resultados del Programa Comunitario (3)

Resultados Esperados	Equipo Comunitario de Atención en Salud -ECOS-	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud -EAPAS-	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Equipo de Atención Integral en Salud de Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud -DAS-
Se han promovido formas organizativas vinculadas a la red de terapéutas mayas y pobladores, comadronas, entre otros	Se ha identificado la red ancestral de atención presente en las comunidades de sectores y territorios de la red local. Se han caracterizado los modelos explicativos sobre el perfil de morbilidad y de especificas de otras culturas, relacionándolas a los conjuntos socioculturales. Se han reconocido modelos explicativos sobre el perfil de morbilidad y de especificas de otras culturas, relacionándolas a los conjuntos socioculturales.	Se ha conducido, monitoreado y evaluado el proceso de identificación y coordinación con la red ancestral de atención en salud presente en las comunidades. Ha conducido, con los ECOS, encuentros para intercambio con los terapéutas de la red ancestral local. Se ha establecido el sistema referencia y contrareferencia con redes ancestrales y utiliza tratamiento complementario.	Se han reconocido los modelos explicativos de la morbilidad y mortalidad sociocultural y sus diferencias entre conjuntos socioculturales, considerándolos como integrantes de la RAS y la coordinación en paralelo para el proceso de atención. Establece sistema referencia y contrareferencia con redes ancestrales y utiliza tratamiento natural complementario.	Se ha apoyado la realización de las tácticas operativas vinculadas al reconocimiento de modelos explicativos sobre el perfil de morbi-mortalidad biomédica y de especificas de otras culturas, relacionándolas a los conjuntos socioculturales. Se ha consolidado la caracterización de red ancestral de terapéutas a nivel de municipio y da seguimiento a la coordinación en paralelo y perfil epidemiológico de otros modelos de atención presentes en el municipio. Se ha articulado y mediado iniciativas a otros miembros de la Red de Atención en Salud (RAS) acerca de los modelos explicativos de la morbi-mortalidad sociocultural y sus potencialidades y límites. Se han promovido espacios transdisciplinarios de discusión entre miembros de la RASI, RAS y con otros modelos de atención en salud ancestrales y Redes Ancestrales. Se han promovido y realizado análisis y definición de acciones sobre la Red de la Madre Natural. Se ha promovido el análisis de equilibrio energético, su deterioro y el cambio climático.	Se han reconocido los modelos explicativos de la morbi-mortalidad sociocultural y sus diferencias entre conjuntos socioculturales, considerándolos como integrantes de la RAS y la coordinación en paralelo para el proceso de atención. Se ha establecido el sistema referencia y contrareferencia con redes ancestrales y utiliza tratamiento natural complementario. Se han promovido espacios transdisciplinarios de discusión entre miembros de la RASI, RAS y con otros modelos de atención en salud ancestrales y Redes Ancestrales. Se han promovido y realizado análisis y definición de acciones sobre la Madre Natural. Se ha promovido el análisis de equilibrio energético, su deterioro y el cambio climático.	Se han reconocido los modelos explicativos de la morbi-mortalidad sociocultural y sus diferencias entre conjuntos socioculturales, considerándolos como integrantes de la RAS y la coordinación en paralelo para el proceso de atención. Se ha establecido el sistema referencia y contrareferencia con redes ancestrales y utiliza tratamiento natural complementario. Se han promovido espacios transdisciplinarios de discusión entre miembros de la RASI, RAS y con otros modelos de atención en salud ancestrales y Redes Ancestrales. Se han promovido y realizado análisis y definición de acciones sobre la Madre Natural. Se ha promovido el análisis de equilibrio energético, su deterioro y el cambio climático.	Se ha consolidado la caracterización de la red ancestral de terapéutas a nivel de municipio y da seguimiento a la coordinación en paralelo y perfil epidemiológico de otros modelos de atención presentes en el departamento.

Cuadro 14

Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional

	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo de Atención en Salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral hospitalaria
<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su sector. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado. Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p><b>Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Investigación participativa con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Análisis con las comunidades anualmente y análisis con Equipo de apoyo mensualmente.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su territorio. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado. Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos. Apoyo a ECOS en vigilancia.</p> <p><b>Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Coordinación de la investigación participativa con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Facilita y asesora el análisis con las comunidades anualmente. Análisis con ECOS mensualmente. Análisis bimestral de territorios con Equipo de Atención Integral de Red Local bimestral.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de red local. Responsable de la aprobación de reportes institucionales de red local. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado. Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos. Apoyo a los territorios en vigilancia.</p> <p><b>Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Participación de la investigación con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades. Análisis bimestral con Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención. Análisis trimestral de red local con equipo matricial de atención en salud</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su área de influencia (red interdistrital u otra). Realización de la aprobación de reportes institucionales. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado. Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos. Apoyo en vigilancia a equipos de red local según necesidad.</p> <p><b>Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Acompañamiento y participación en la investigación con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores de mayor porte.</p> <p><b>Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades. Análisis trimestral con equipo de red local de atención. Análisis trimestral en conjunto con equipo esencial de atención integral en salud.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su área de influencia. Realización de la aprobación de reportes institucionales. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado. Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos. Apoyo en vigilancia a equipos de redes interdistritales o grandes según necesidad.</p> <p><b>Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Comunicación activa con resto de la red para detección de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades. Análisis mensual con Equipo de Esencial de Atención Integral. Análisis trimestral con equipo matricial de atención en salud</p>	

**Cuadro 15**

**Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica**

Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS-	Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención en salud	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo esencial de atención integral en salud
<p><b>Sistema de información:</b> ficha comunitaria, ficha comunitaria, ficha individual, reportería por programa y vigilancia en salud sociocultural.</p> <p><b>Adscripción poblacional:</b> código único individual y familiar.</p> <p><b>Trabajo y apoyo matricial:</b> trabajo multidisciplinario, discusión de casos e intercambio de conocimientos y cuando necesario, una retaguarda especializada entre estrategias e interprofesional.</p> <p><b>Telemedicina:</b> Canales de comunicación directa de usuario con equipo de referencia que corresponda según dispensarización y criterios específicos.</p> <p><b>Líneas de Cuidado Integral:</b> Unificación de acciones de la Red de Atención en Salud (RAS), activado por el proyecto terapéutico con diferente grado de responsabilidad, flujos de encaminamiento y acciones determinadas en las tres estrategias.</p>				
<p><b>Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento en campo a proyecto terapéutico compartido.</li> <li>Coordinación y apoyo matricial en caso de no continuidad en el proyecto.</li> <li>Cuidado longitudinal a su población adscrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispensarización de casos:</li> <li>Dispensarización de casos específicos para su manejo y referencia según criterios específicos.</li> <li>Seguimiento a casos específicos.</li> </ul>	<p><b>Equipo de referencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad y conducción de casos según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial intermedia.</li> </ul>	<p><b>Equipo de referencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad y conducción de un caso según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial alta, cuyo coordinador en un movimiento de síntesis, intuición y análisis, genera un proceso de discusión para lidiar con incertezas posibles.</li> <li>Seguimiento a proyecto terapéutico compar-tido.</li> </ul> <p><b>Gestor de caso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto terapéutico compartido a casos dispensarizados, para uso interno y posterior al alta para seguimiento por equipo de referencia.</li> </ul>
<p><b>Procesos de Formación Estratégica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de finalizar estudios y posterior profesionalización a licenciatura en enfermería familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompañamiento a ECOS en actividades y espacios de formación en temas específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompañamiento a ECOS en actividades y espacios de formación en temas específicos.</li> <li>Centro de práctica de residencia multiprofesional de salud de la familia y medicina familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de formación en especialidades médicas y clínicas;</li> <li>Centro de formación en medicina integral.</li> </ul>



5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos.

Las actividades realizadas por el programa comunitario son complementarias con las de los programas familiar e individual. La identificación de familias o personas en riesgo advierte sobre el efecto que éstas tengan para la comunidad; así, hallazgos en el ámbito comunitario pueden alertar sobre peligros y acciones con las unidades domésticas o en la atención individual.

Dado el carácter complejo de la salud y la necesidad de la transdisciplinariedad, el trabajo sanitario dentro de una comunidad implica trascender las acciones clásicas de los servicios de salud.

En los esfuerzos por mejorar la salud de una población, serán necesarias iniciativas diversas en otros campos políticos, sociales, económicos y socioculturales más amplios, entendiendo la estrecha relación entre comunidad, unidades domésticas e individuo.

La transformación de la determinación social, condicionantes y riesgos comunitarios tendrá un impacto sobre las familias y pobladores individuales; asimismo, las acciones que se realicen en los ámbitos familiar e individual también impactarán en el funcionamiento comunitario.

Se deben establecer mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad de la atención a las comunidades, para ello se cuenta con un sistema de información con adscripción poblacional por sectores y territorios; con el trabajo y apoyo matricial a lo largo de toda la red; se propone mecanismos como la telemedicina y líneas de cuidado integral.

(CUADRO 15). Los procesos de formación estratégica también coadyuvan a estos objetivos

de mantener una coordinación y comunicación entre los diferentes equipos y puntos de atención y los equipos gestores de red.

#### a. Sistema de información:

Se cuenta con el sistema de información del MIS, SIMIS, que es una plataforma informática que, con base a un conteo poblacional y croquis, logra definir códigos individuales georreferenciados y códigos familiares.

La estructura del SIMIS, parte del ordenamiento territorial que se presentará en el siguiente capítulo y organiza su información de acuerdo al diseño programático y la vigilancia en salud sociocultural.

Este sistema de información garantiza información suficiente sobre condicionantes y riesgos de salud, para la realización de las acciones de vigilancia sociocultural y para la gestión institucional.

Los equipos de los puntos de atención pueden tener acceso a dicho sistema y contar con información de cada persona, su familia y de la comunidad a la que pertenece. Se requiere desarrollar competencias de análisis de información para poder aprovechar las oportunidades que dicho sistema ofrece.

El SIMIS cuenta con una ficha comunitaria que recaba información pertinente sobre aspectos sociodemográficos, determinación y condicionantes de salud. Asimismo, la ficha familiar recaba información importante sobre las condiciones físicas y medio ambientales de las viviendas y sus entornos, lo que permite hacer análisis agrupados para tener una perspectiva de las condicionantes y riesgos de la salud.



### b. Trabajo y apoyo matricial:

Los equipos integrales de salud, identificados por punto de atención de la red (ver capítulo siguiente sobre estructura organizativa de la RASI), deben apoyarse para constituirse en un solo equipo.

El personal que los integra tiene diferentes características profesionales, lo que permite tener un trabajo que, con base a las múltiples disciplinas, se acerque gradualmente a la transdisciplinariedad. Para ello su trabajo se organizará de manera matricial y se constituirán proyectos terapéuticos, lo que permite su integración e interacción hacia la creación de conocimiento y desarrollar acciones sanitarias innovadoras.

Esto potencia la integración de los diferentes componentes de la RAS, dirigidos a las acciones de promoción y prevención de la salud. Particularmente destaca la coordinación con las redes de terapeutas ancestrales y populares, lo que permite el dialogo entre conocimientos y prácticas provenientes de diferentes modelos y paradigmas de la atención.

## B. Programa Familiar de Atención de Salud (PFAS)

El programa familiar de atención en salud es el que está referido a trabajar con especial énfasis en la prevención de la salud. Entendida ésta como el trabajo sobre los riesgos para la salud que se presentan debido a los procesos de producción, consumo y sociocultural. Además, desarrolla acciones de rehabilitación y de cuidados paliativos, en el contexto familiar.

Este programa potencia el trabajo de promoción de la salud, al fomentar la participación de las familias en actividades colectivas dirigidas a la gestión social y política. El trabajo con la familia también es muy importante porque genera condiciones específicas para los individuos que la

integran y permite el seguimiento pertinente a determinadas problemáticas de la salud en sus integrantes.

Como se verá a continuación, el programa familiar tiene acciones a lo largo de todos los puntos de atención de la red y resulta determinante para las intervenciones en el nivel individual.

A continuación, se describe su caracterización, espíritu, objetivo, resultados y mecanismos de vinculación y continuidad con los otros programas y modelos de atención.

### 1. Caracterización del programa familiar

**El nivel de análisis acción familiar se refiere al grupo de personas que conviven en un espacio común, comparten estrategias de reproducción social y establecen relaciones de convivencia, pudiendo existir o no, lazos de consanguinidad. Se denomina también como unidad o grupo doméstico, aunque existe la posibilidad de personas que habitan solas una vivienda o espacio físico.**

Las condiciones y procesos que se desarrollan en la familia o unidad doméstica son importantes para la acción en salud. Es en este ámbito donde se reproducen y manifiestan la determinación social y las condicionantes de la salud. En la familia se identifican sus factores de riesgo y de protección que influyen, no sólo en el proceso salud-enfermedad, sino también en las acciones de prevención y respuesta de los miembros de la familia, tanto como individuos o como grupo.

Las unidades domésticas pueden ser complejas en la medida que cada una presenta diferencias entre sus integrantes, al mismo tiempo que éstos comparten concepciones y prácticas. Asimismo,



es posible encontrar variantes y similitudes entre familias diversas según sus estrategias de reproducción social. Aun cuando las unidades domésticas pertenezcan a una misma comunidad, existen variables y lógicas de funcionamiento que las hacen más similares unas de otras o las distingue, y que permite reconocer conjuntos socioculturales dentro de dicha comunidad. Los servicios de salud deben ser capaces de identificar esta diferenciación e intervenir de acuerdo a las características familiares particulares de cada conjunto sociocultural.

Cada unidad doméstica tiene una lógica y dinámica propia que depende de elementos varios. Inicialmente pueden mencionarse aspectos como la estructura y ciclo vital de la familia, que permiten establecer quiénes y cuántas son las personas que componen el grupo doméstico, las características de éstas, las relaciones de parentesco existentes, así como los estatus y roles que cada miembro tiene asignado.

Si bien el término de familia muchas veces remite a la noción tradicional de familia nuclear (padres e hijos/as), es necesario considerar que dentro de una vivienda suelen encontrarse familias ampliadas en donde participan otras personas como pueden ser los abuelos, tíos y primos, entre otros e incluso personas que no guardan vínculos de consanguinidad, amigos u otros. Además, pueden existir configuraciones familiares diferentes al ser homoafectivas o poliafectivas, o bien, aquellas formadas por aspectos migratorios donde existen relaciones de convivencia con personas con las que se comparte estrategias de sobrevivencia.

Por otro lado, puede ser distinto compartir con una familia que está empezando a formarse, como las parejas que empiezan su convivencia marital; con una familia más madura en donde los hijos/as ya son mayores o han conformado nuevas

formas de agrupación; o bien, con aquellas donde se emprenden nuevas formas de convivencia substituyendo los lazos naturales familiares por otros contruados y escogidos, e incluso las familias monoparentales.

Con relación al proceso de producción, las actividades laborales realizadas por los miembros presentan riesgos específicos para la familia, que resultan en determinados perfiles de morbilidad y mortalidad para el grupo. Asimismo, es a partir de los procesos productivos que se generan ingresos, recursos y servicios utilizados por la familia.

En el análisis de la reproducción social familiar es valioso incluir otros elementos, por ejemplo: si la producción se da con medios propios o si existe una remuneración por una relación patronal. La familia puede verse afectada por los actuales mecanismos de flexibilización laboral o de esclavitud moderna. Si las actividades productivas se dan en espacios cercanos o lejanos a la vivienda y en horarios prolongados, diurnos o nocturnos. Las condiciones del ambiente laboral, desde actividades agrícolas, industriales, de servicios u otras formas informales de inserción, pueden afectar la salud de las familias, especialmente en los casos donde varios de los miembros participan. En áreas urbanas estas últimas son muy importantes como el trabajo en la calle, comercio sexual, entre otras.

La división sexual del trabajo tiene sus implicaciones propias; se hace énfasis en el trabajo doméstico asumido por las mujeres, quienes también participan en otros trabajos como podrían ser el agrícola, artesanal, comunitario o de comercio, que les representan múltiples jornadas, por lo tanto, múltiples riesgos laborales. Cabe destacar que personas con identidades genéricas no binarias, puede existir dificultades importantes para tener oportunidades de trabajo.



El proceso de consumo en el nivel familiar está relacionado con características de la vivienda y de los miembros de la familia. Las características de la vivienda o el espacio donde se ubica pueden generar determinadas condiciones de vida, que se relacionan directamente con muchos problemas de salud-enfermedad. Por ejemplo, las características de saneamiento ambiental de la vivienda, presencia de sustancias venenosas, ubicación en lugares de riesgo ambiental, de desastres y/o social. En áreas urbanas hay grupos domésticos que viven en la calle, exponiéndose a un sin número de riesgos. La vivienda puede caracterizarse por el hacinamiento y tener ciertas características físicas relacionadas con enfermedades vectoriales o de otra naturaleza.

La familia y su entorno inmediato, está relacionado con las formas de relación que se establecen con el ambiente y la Madre Naturaleza. Siendo la unidad doméstica un ámbito privilegiado para iniciar a modificar comportamientos y actitudes relacionadas con el daño a la naturaleza.

Las características de los miembros de la familia son particularmente importantes por sus niveles de ingresos y el contar con ciertas prestaciones laborales. Ambos factores generan determinadas condiciones de vida para el grupo doméstico. Desde las posibilidades de acceder a prestaciones de atención médica, centros recreativos, entre otros.

El proceso sociocultural también es relevante en el nivel familiar. Las lógicas socioculturales median la situación de salud de cada familia. La concepción de salud, formas de percepción y afrontamiento ante los problemas de salud pueden significar su solución de una manera adecuada, o bien, retrasar o negar la atención institucional.

Además, las lógicas y estrategias de reproducción social que tienen su fundamento en los procesos

de producción, consumo y sociocultural que caracterizan a la familia, puede definir determinadas prácticas de autocuidado<sup>4</sup> y autoatención<sup>5</sup>, que son parte del trabajo doméstico, así como el camino de la enfermedad.

Las lógicas socioculturales son cruciales para las formas de organización, distribución de funciones en los miembros de la familia y el nivel de individualidad o de grupo para afrontar la reproducción social de las familias. El género también afecta los aspectos enunciados anteriormente, estando en desventaja las mujeres por el sistema patriarcal que estructura a la mayor parte de unidades domésticas en Guatemala. Las relaciones de género entre personas de la diversidad sexual pertenecientes a unidad doméstica también deben conocerse y tratarse con la especificidad que se requiere.

Además, las relaciones entre generaciones y por parentesco, la religión y la ideología política a las que se adscriben sus miembros, pueden ser algunos elementos que delinear las formas de organización y de reproducción social, como por ejemplo: la utilización, distribución y administración de los recursos, así como la participación, roles y estatus asignados a los integrantes.

La unidad doméstica puede ser fuente de salud o enfermedad para cada uno de sus miembros, a la vez que la situación de salud de cada integrante puede afectar su entorno familiar. Algunos ejemplos que mencionar son el caso de una persona con tuberculosis que pone en riesgo de contagio a sus parientes, la violencia doméstica o de género, el alcoholismo, la drogadicción, entre otros

- 
- 4 Autocuidado se refiere a las prácticas de promoción y prevención que se realizan en el ámbito doméstico.
  - 5 Autoatención se refiere a las prácticas de curación y rehabilitación que se realizan en el ámbito doméstico, cuando alguno de sus miembros enferma.



problemas. Hay que destacar las dificultades relacionadas con la presencia de un miembro de la familia con enfermedad degenerativa, discapacidades, enfermedades estigmatizadas como VIH, de la piel, y otras causas de exclusión dentro del mismo núcleo familiar. La detección de problemas como los mencionados, aunque no los únicos, es crucial para una atención en salud efectiva, en cualquier punto de la red de atención.

Una situación crítica para la familia es cuando se da la hospitalización de larga estancia de algunos de sus miembros. Similar situación se da por la presencia en el núcleo familiar de una persona que este atravesando por una enfermedad grave que requiere atención clínica, terapéutica o psicosocial especializadas, con mayor utilización de tecnologías duras. Estas situaciones pueden modificar la dinámica familiar, lo que puede generar estrés familiar, disfuncionalidades y crisis familiares, de variable importancia.

La identificación de familias que pueden necesitar un seguimiento y acompañamiento más estrecho, puede decidirse sobre la vulnerabilidad de uno o varios de sus miembros como podrían ser los niños/as pequeñas, mujeres embarazadas, casos de exclusión social y en donde el apoyo de la familia es necesario para una atención integral.

## 2. Espíritu del programa familiar:

El programa familiar de salud (PFAS), toma en cuenta el carácter multidimensional de la salud, con lo cual intenta comprender la estructura y los procesos de reproducción social que se dan en la familia (productivos, de consumo y socioculturales), y que determinan la dinámica y relaciones familiares, las condicionantes y riesgos a la salud a los que están expuestos sus integrantes. Asimismo, reconoce sus lógicas socioculturales como parte de su reproducción social, que genera potencialidades y factores protectores, para

aportar a la transformación de la determinación social, cambiar sus condicionantes, minimizar los riesgos y resolver sus problemas de salud.

Se establecen relaciones de confianza y respeto entre las familias y los equipos de salud. Se desarrollan acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos, desde sus matrices y lógicas socioculturales. Igualmente se identifican condicionantes relacionadas con las inequidades genéricas y en las atenciones integrales a la familia se dan cuenta de estas, tratando de modificar aquellas que están relacionadas a los problemas de salud de las familias.

La familia es el nivel donde se puede encontrar con mayor importancia el modelo de autoatención, por lo que el programa familiar fortalece y realiza un proceso de aprendizaje a partir de los conocimientos y prácticas de las familias.

En las visitas familiares es posible detectar los factores de riesgo y de protección de este nivel, y se brinda intercambios educativos y apoyo permanente basados en la continuidad y longitudinalidad de la atención. Se toma en consideración las dimensiones psicológicas, espirituales y energéticas de las familias, no sólo los aspectos biológicos, físicos, entre otros. En particular, enfoca a la familia como un ámbito privilegiado para modificar las relaciones que establecen sus integrantes con su entorno ambiental o Madre Naturaleza.

Cada familia posee particularidades y problemáticas dictadas por variables diversas, y es en base a éstas que se dispensarizan y realizan acciones sanitarias que fortalezcan sus capacidades de protección, una mayor participación de los integrantes dentro de la unidad doméstica y en los espacios comunitarios. La dispensarización permite identificar a las familias por sus condicionantes, riesgos y factores protectores a la



salud, desarrollando acciones diferenciadas de acuerdo a las necesidades detectadas.

Dado que el ámbito doméstico está estrechamente relacionado con la salud de los individuos y de la comunidad, las acciones que se realizan en un nivel pueden tener impactos y efectos en otro. La detección de problemas en el ámbito individual y comunitario puede tener un seguimiento dentro del espacio familiar. Según su naturaleza, existirán problemas observados en las familias que pueden ser abordados en el nivel comunitario o individual.

El trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas ancestrales y populares, con los cuales se debe dar una dinámica de referencia y contrarreferencia. La articulación de los diferentes componentes de la RAS, permite generar atenciones integrales y complementar la acción de la institucionalidad pública para beneficio de las familias.

### 3. Objetivo del programa familiar:

El objetivo general del PFAS es reducir los problemas y riesgos de salud de la familia, genera procesos de rehabilitación y de cuidados paliativos, fortaleciendo sus capacidades y factores protectores.

Se orienta en modificar las determinaciones sociales y condicionantes de la salud de las cuales la familia es una mediadora y promoviendo la

participación de sus miembros en las gestiones sociales y políticas de la comunidad.

Reconoce el valor del trabajo comunitario y de otros componentes de la RAS para trabajar las problemáticas de salud de las familias, particularmente con enfoques innovadores y pertinentes al contexto sociocultural y genérico.

El trabajo en salud desde el contexto familiar facilita y fortalece la atención a problemas individuales de salud. Este programa, ayuda a integrar la atención que se brinda por parte de los diferentes equipos de salud de los diferentes puntos de atención a lo largo de la red.

En el siguiente apartado, se identifican los resultados generales del programa y los resultados específicos por equipos de trabajo.

### 4. Resultados del programa familiar:

Se han definido una serie de resultados para el programa familiar de atención en salud para cada uno de los equipos miembros de la red, con los cuales es posible definir actividades y tácticas operativas, un consolidado de los resultados es presentado en el Cuadro 18. Se anotan también resultados para equipos de DMS y DAS, que son complementarios a los equipos de atención constituidos para esos fines, en los diferentes puntos de atención.

Cuadro 16

Resultados del Programa Familiar

Programa familiar de atención en salud (1)

Resultados Esperados	Equipo Comunitario de Atención en Salud -ECOS-	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud -EAPAS-	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud-Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud -DAS-
Se ha caracterizado a las familias a partir de las variables y lógicas particulares de funcionamiento	Se ha realizado la Visita Familiar Integral, clasificándolas a partir de variables y de la comprensión de sus lógicas particulares de funcionamiento para el reconocimiento de conjuntos socioculturales.	Se ha supervisado competencias de la visita familiar integral y sigue la hoja de ruta para los diagnósticos familiares amarillos y rojos.	Se ha realizado la caracterización de la familia, a partir de variables y de la comprensión de sus lógicas particulares de funcionamiento para el reconocimiento de conjuntos socioculturales, tomando en cuenta la dispensarización de las familias en el proyecto terapéutico.	Se ha dispuesto de la caracterización y dispensarización de las familias del Distrito, utilizando la información para el ciclo de gestión.	Se ha fortalecido y profundizado la caracterización de las familias, a partir de variables y comprensión de sus lógicas de funcionamiento para complementar el proyecto terapéutico.	Se ha fortalecido y profundizado la caracterización de las familias y su clasificación según diagnóstico supervisando y monitoreando el abordaje y seguimiento según hojas de rutas.	Se ha conocido la caracterización de las familias y su clasificación según diagnóstico supervisando y monitoreando el abordaje y seguimiento según hojas de rutas.
Se han detectado riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan a la familia, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado.	Se han abordado integralmente riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan a la familia, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado según criterios de diagnóstico familiar en coordinación con el PCOS.	Se han monitoreado competencias para el seguimiento de las familias, reforzando las tácticas operativas y abordando los casos que según protocolo corresponden al EAPAS PFAS	Se ha detectado y/o abordados integralmente riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan a la salud de la familia, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado según criterios de diagnóstico familiar, incorporando al proyecto terapéutico.	Se ha monitoreado el seguimiento de los riesgos detectados en las familias, adscritas al DMS y fortaleciendo competencias en los equipos de la red.	Se han detectado y/o dado continuidad al abordaje familiar integral de riesgos de vida, laborales y socioculturales según criterios de diagnóstico familiar, en casos de espera, emergencia y hospitalización, considerando en el proyecto terapéutico.	Se han detectado y/o dado continuidad al abordaje familiar integral de riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales según criterios de diagnóstico familiar, en casos de emergencia y hospitalización.	Se han conocido los riesgos de las familias y supervisado el cumplimiento de las hojas de ruta y formado las competencias para el seguimiento.
Se ha fortalecido a las familias, identificando sus oportunidades y alternativas que fortalecen su capacidad de autoatención y caminos del enfermo, de acuerdo a sus estrategias de reproducción social	Se han realizado el trabajo educativo preventivo con grupos de familias, intercambio y consejería según dispensarización.	Se ha dado soporte técnico-pedagógico a equipo comunitario de atención en salud.	Se ha dado soporte técnico-pedagógico a la red por parte de los equipos del DMS.	Se ha dado soporte pedagógico a los equipos de la red por parte de los equipos del DMS.	Se ha dado y/o solicitado soporte a equipo matricial de atención en salud y otros integrantes de la red según requerimiento de diagnóstico familiar específico.	Se ha dado y/o solicitado soporte a equipo matricial de atención en salud y otros integrantes de la red según requerimiento de diagnóstico familiar específico.	Se ha supervisado y monitoreado el cumplimiento de las tácticas operativas por los diferentes equipos integrantes de la red.

Programa familiar de atención en salud (2)							
Resultado	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Equipo de Atención Integral de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud –DAS–
Se han identificado enfermedades padecidas por los miembros de la familia, a las cuales se vincula a estrategia individual y da seguimiento familiar al tratamiento o rehabilitación.	Se ha realizado vigilancia activa de prioridades sanitarias en los tipos de visita familiar	Se ha supervisado y formado competencias en los ECOS para la búsqueda activa de casos.	Se han facilitado a familias alternativas integrales y adecuadas psicosociales y con perspectiva de género y de acuerdo a la cultura local, que fortalezcan sus capacidades de autoatención y fortalecimiento de sus relaciones familiares e integración social de los casos referidos de las redes locales.	Se han supervisado, monitoreado y formado competencias en los equipos que conforman la red distrital para el cumplimiento de la vigilancia activa de casos.	Se ha fomentado y fortalecido las prácticas de autocuidado familiar por medio del rescate del conocimiento y técnicas familiares ancestrales.	Se ha promovido y facilitado alternativas integrales y adecuadas psicosociales y culturalmente y perspectiva de género para mejorar la capacidad de autoatención y el fortalecimiento de sus relaciones familiares de acuerdo a sus estrategias de reproducción social.	Se ha consolidado y analizado la información producto de la vigilancia activa para la toma de decisiones en los DMS del departamento.
Se ha fortalecido a la familia para que desarrolle una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis familiar.	Se han realizado referencias al EAPAS para su abordaje individual, familiar y comunitario, así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud ancestral y popular.	Se ha dado seguimiento a familias con personas enfermas o en riesgo identificadas en la estrategia individual.	Se ha dado soporte tecnológico pedagógico en visita familiar a equipos comunitarios para casos detectados en visita familiar que ameriten tratamiento.	Se ha monitoreado, supervisado y evaluado el proceso de referencia y cumplimiento de ruta según los casos identificados en el PFAS.	Se ha dado soporte tecnológico pedagógico en visita familiar a equipos comunitarios para casos detectados en visita familiar que ameriten rehabilitación.	Se ha dado soporte tecnológico pedagógico en visita familiar para casos detectados en visita familiar que ameriten actividades especializadas de tratamiento en coordinación con los equipos locales.	Se ha consolidado y analizado la información producto de las visitas de seguimiento para la toma de decisiones en los DMS del departamento.
Se han promovido cambios para una mejor distribución de responsabilidades y una mayor participación de todos los miembros de la familia.	Se han realizado referencias a EAPAS, así como a organizaciones y terapeutas de salud de modelos diferentes	Se ha dado seguimiento a familias abordadas por emergencias psicosociales en otros puntos de la red para el desarrollo de su capacidad de resolución individual y apoyo en casos de crisis familiar.	Se han abordado integralmente emergencias psicosociales familiares y ha sido vinculado para seguimiento en estrategia individual, familiar y comunitaria.	Se ha monitoreado, supervisado y evaluado el proceso de referencia y cumplimiento de ruta según los casos identificados en el PFAS	Se ha abordado integralmente y matricialmente riesgos de difícil manejo de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan a la salud de la familia, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado	Se han fortalecido las capacidades de autocuidado a grupos de familia de cuidadoras y acompañantes de casos de internamiento prolongado y/o crítico.	Se ha consolidado y analizado la información producto de las visitas de toma de decisiones en los DMS del departamento
Se han fomentado la participación efectiva de los miembros de la familia en los espacios comunitarios identificados.	Se ha fortalecido la equidad de género entre los integrantes de la unidad doméstica y la participación equitativa en los espacios comunitarios	Se ha apoyado en el conocimiento y comprensión de las lógicas de funcionamiento familiar, sus procesos críticos y la planificación de medidas de intervención.	Se han identificado fortalezas y limitantes para mejorar distribución y diversificación de responsabilidades y recursos, y una mayor participación de todos los miembros de la familia cuando se requiera apoyo de equipo comunitario.	Se ha monitoreado, supervisado y evaluado el proceso de referencia y cumplimiento de ruta según los casos identificados en el PFAS	Se han realizado actividades de promoción de la mejor distribución y diversificación de responsabilidades y recursos, mayor participación de todos los miembros del estigma y discriminación y otros criterios según priorización.	Se han promovido cambios para una mejor distribución y diversificación de las actividades de cuidado y acompañamiento familiar con mayor participación de todos los miembros de la familia.	Se ha consolidado y analizado la información producto de las visitas de toma de decisiones en los DMS del departamento



Cuadro 17

Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional

	Equipo Comunitario de Atención en Salud -ECOS-	Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención en salud	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo esencial de atención integral en salud
<b>Vigilancia en salud socio-cultural</b>	<p><b>Vigilancia epidemiológica socio-cultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su sector.</p> <p>Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado.</p> <p>Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p><b>Investigación epidemiológica socio-cultural</b></p> <p>Investigación participativa con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <p>Análisis con las comunidades anualmente y análisis con Equipo de apoyo mensualmente.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica socio-cultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su territorio. Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado.</p> <p>Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Apoyo a ECOS en vigilancia.</p> <p><b>Investigación epidemiológica socio-cultural</b></p> <p>Coordinación de la investigación participativa con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <p>Facilita y asesora el análisis con las comunidades anualmente.</p> <p>Análisis con ECOS mensualmente.</p> <p>Análisis bimestral de territorios con Equipo de Atención Integral de Red Local bimestral.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica socio-cultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de red local.</p> <p>Responsable de la aprobación de reportes institucionales de red local.</p> <p>Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado.</p> <p>Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Apoyo a los territorios en vigilancia.</p> <p><b>Investigación epidemiológica socio-cultural</b></p> <p>Participación de la investigación con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades.</p> <p>Análisis bimestral con Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención.</p> <p>Análisis trimestral de red local con equipo matricial de atención en salud</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica socio-cultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su área de influencia (red interdistrital u otra).</p> <p>Realización de la aprobación de reportes institucionales.</p> <p>Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado.</p> <p>Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Apoyo en vigilancia a equipos de red local según necesidad.</p> <p><b>Investigación epidemiológica socio-cultural</b></p> <p>Acompañamiento y participación activa en la investigación con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores de mayor porte.</p> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades.</p> <p>Análisis trimestral con equipo de red local de atención.</p> <p>Análisis trimestral en conjunto con equipo esencial de atención integral en salud.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica socio-cultural:</b></p> <p>Responsable de la vigilancia de su área de influencia.</p> <p>Realización de la aprobación de reportes institucionales.</p> <p>Llenado de instrumentos de sistema de información automatizado.</p> <p>Análisis y acción sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Apoyo en vigilancia a equipos de redes interdistritales o grandes según necesidad.</p> <p><b>Investigación epidemiológica socio-cultural</b></p> <p>Comunicación activa con resto de la red para detección de brotes y factores de riesgo-protectores.</p> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <p>Participa en análisis anual con las comunidades.</p> <p>Análisis mensual con Equipo de Esencial de Atención Integral.</p> <p>Análisis trimestral con equipo matricial de atención en salud</p>

Cuadro 18

## Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica

	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención en salud	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo esencial de atención integral en salud
<b>Continuidad y longitudinalidad</b>	<p><b>Sistema de información:</b> ficha comunitaria, ficha comunitaria, ficha individual, reportaría por programa y vigilancia en salud sociocultural. Generación de agendamiento de citas desde el punto de atención primario para interconsultas y</p> <p><b>Adscripción poblacional:</b> código único individual y familiar.</p> <p><b>Trabajo y apoyo matricial:</b> trabajo multidisciplinario, discusión de casos e intercambio de conocimientos y cuando necesario, una retaguardia especializada entre estrategias e interprofesional.</p> <p><b>Telemedicina:</b> Canales de comunicación directa de usuario con equipo de referencia que corresponda según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial.</p> <p><b>Líneas de Cuidado Integral:</b> Unificación de acciones de la Red de Atención en Salud (RAS), activado por el proyecto terapéutico con diferente grado de responsabilización, flujos de encaminamiento y acciones determinadas en las tres estrategias.</p>				
<b>Estrategias de formación estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento en campo a proyecto terapéutico compartido.</li> <li>Coordinación y apoyo matricial en caso de no continuidad en el proyecto.</li> <li>Cuidado longitudinal a su población adscrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico familiar por riesgos</li> <li>Seguimiento a diagnósticos familiares definidos.</li> </ul>	<p><b>Equipo de referencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad y conducción de casos según criterios de diagnóstico familiar y criterios específicos de según ruta establecida.</li> </ul>	<p><b>Equipo de referencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad y conducción de un diagnóstico familiar cuyos agravantes o dificultad de abordaje según criterios específicos. La coordinación en un movimiento de síntesis, intuición y análisis, genera un proceso de discusión para lidiar con incertezas posibles.</li> <li>Seguimiento a proyecto terapéutico compartido.</li> </ul>	<p><b>Gestor de caso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto terapéutico compartido a casos dispensarizados, para uso interno y posterior al alta para seguimiento por equipo de referencia, con componente familiar.</li> </ul>



5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos.

Las actividades realizadas por el programa familiar son complementarias con las de los programas comunitario e individual. La detección de problemas en el ámbito individual y comunitario puede tener un seguimiento dentro del espacio familiar. De igual manera, según su naturaleza, existirán problemas observados en las familias que pueden ser abordados en el espacio comunitario o individual.

El trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas comunitarios y con todos los componentes de la RAS, para desarrollar acciones complementarias de atención a las familias y establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Dado el carácter complejo de la salud y la necesidad de la transdisciplinariedad, el trabajo sanitario dentro de una familia implica trascender las acciones clásicas de los servicios de salud e interpretar a la familia en conjunto y no como la suma de sus integrantes. La dispensarización y abordajes familiares deben dar cuenta de dicha complejidad y asumir una posición sistémica de la misma.

Por ello, la acción sanitaria con las familias requiere la coordinación y establecer mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad en todos los puntos de la red. Para ello se cuenta con un sistema de información con adscripción poblacional por sectores y territorios; con el trabajo y apoyo matricial a lo largo de toda la red; se propone mecanismos como la telemedicina y líneas de cuidado integral. (Ver el Cuadro 19).

Los procesos de formación estratégica también coadyuban a estos objetivos de mantener una coordinación y comunicación entre los diferentes equipos y puntos de atención y los equipos gestores de red.

- a. Sistema de información:

El SIMIS, es un sistema de información que parte de la estructura organizacional de la red y su ordenamiento territorial. Se realiza un conteo poblacional y croquis, a partir de los cuales se establecen códigos familiares georreferenciados que permiten la ubicación precisa y las posibilidades de seguimiento a cada familia.

Se cuenta con una ficha familiar que recaba información importante sobre los miembros de la familia, permite la vigilancia socio cultural activa, recaba información de factores protectores y de riesgos de la familia. Lo anterior permite la dispensarización de todas las familias bajo cobertura de las redes de atención y, con base a ello, tomar las decisiones de seguimiento a cada una de ellas.

Los equipos integrales de salud pueden tener acceso a dicha información, lo que permite el trabajo en equipo y matricial en todos los puntos de atención.

Se requiere desarrollar competencias de análisis de información para poder aprovechar las oportunidades que dicho sistema ofrece.

- b. Trabajo y apoyo matricial:

Los equipos integrales en los puntos de atención de la red realizan trabajo matricial, que tiene por objetivo asegurar el enfoque transdisciplinario para brindar atención integral a las familias.

Los equipos ubicados en puntos de atención más especializados apoyan a la solución de problemáticas familiares de diferente grado de complejidad.



dad y la coordinación de los equipos a lo largo de la red, permite la atención continua y pertinente al contexto familiar.

Se pueden establecer proyectos terapéuticos familiares que facilita la integración de los diferentes profesionales de los equipos y progresivamente alcanzar un enfoque transdisciplinar. Igualmente, es importante la coordinación con otros componentes de la RAS y, en especial, con las redes ancestrales y populares, para complementar y hacer sinergia en perspectiva de la integralidad de la atención.

Adicionalmente, se debe realizar una dinámica de apoyo técnico-pedagógico para el aprendizaje conjunto entre los equipos de salud, para la resolución de los problemas familiares específicos.

El trabajo-apoyo matricial lleva implícita un cambio radical en la forma de organización del proceso de trabajo en salud. Genera un estímulo en la coproducción del cuidado, articulado una gestión de la salud horizontal y haciendo que todos se sientan un solo equipo. Esto se contrapone al clásico trabajo biomédico jerarquizado a favor de los profesionales con mayores años de formación y a mecanismos como interconsultas desagregadas y descontextualizadas.

Lo anterior requiere esfuerzos de comunicación notables y se espera que los procesos de formación estratégicos faciliten esa dinámica de equipo entre los diferentes puntos de atención.

#### c. Equipos de referencia:

Los equipos de referencia son aquellos que tienen la responsabilidad de coordinar y conducir los proyectos terapéuticos o atenciones integrales a cada familia. Estos deben garantizar la construcción de un vínculo entre las familias y los profesionales de la salud a cargo.

Estos equipos conformados por diferentes profesionales poseen un coordinador de cualquier profesión, que permita desarrollar un espacio de diálogo para la comprensión de los objetivos de una propuesta terapéutica familiar. Se pretende integrar las diferentes perspectivas profesionales en diagnósticos y tratamientos, con la participación de la familia en el proceso de decisión final.

### C. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).

El programa individual de atención en salud es el que está referido a trabajar con especial énfasis en la curación, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos.

Aunque actúa a nivel individual tiene implicaciones muy importantes en la familia, pues las problemáticas de salud de cada uno de sus miembros y las alternativas terapéuticas para su solución, puede afectar la dinámica familiar por cortos o largos periodos de tiempo.

La relación entre los tres programas expuestos es muy importante y es la única forma de poder desarrollar una atención pertinente a cada individuo.

A continuación, se describe su caracterización, espíritu, objetivo, resultados y mecanismos de vinculación y continuidad con los otros programas y modelos de atención

#### 1. Caracterización del programa individual:

El nivel de análisis acción individual está referido a la persona concebida como ser vivo de carácter multidimensional. Es decir, con características energéticas, espirituales, psicológicas, ideológicas, biológicas, culturales, sociales, económicas y políticas. Cada individuo, es independiente en



sus decisiones y formas de actuación, estando condicionado en gran medida por su entorno familiar y comunitario. Tiene íntima relación con el ambiente o Madre Naturaleza.

Los problemas de salud, enfermedad y muerte, se manifiestan primariamente en los individuos por lo que existe una alta demanda de atención clínica. Si bien los servicios de salud institucionales del país responden a esta demanda, sus actividades se han concentrado casi exclusivamente en los aspectos curativos, con un especial énfasis en la parte biológica del ser humano.

Como punto de partida, resulta crucial conocer las características biológicas de la persona, ya que la enfermedad afecta órganos o sistemas del cuerpo. La clínica y la epidemiología muestran que los riesgos y las afecciones de salud se comportan de manera diferente según la etapa del ciclo de vida o sexo de la persona, su estado nutricional o características genéticas, entre otras. Sin embargo, se reconoce que el marco de análisis debe ser mucho más amplio en comparación con los enfoques parciales aplicados a aspectos aislados de las personas y desde concepciones mono o multicausales de la salud.

Los problemas de salud individuales son de carácter histórico social, por lo que involucran procesos de determinación social, condicionantes y riesgos a la salud, que se procesan por la forma específica como el individuo participa de los procesos de producción consumo, sociocultural y por las formas de relación que establece con la Madre Naturaleza. De esa cuenta hoy es ampliamente reconocido como la pobreza o extrema pobreza, ciertas exclusiones económicas y sociales, están relacionadas con las formas de enfermar y morir de las personas.

Los procesos de producción o inserción laboral adquieren lógicas de organización que supone multiplicidad de cargas o riesgos a la salud. Se-

gún el trabajo y sus condiciones ambientales, las personas están expuestas a peligros y enfermedades específicas.

La forma específica de inserción laboral genera determinadas condiciones de riesgo para la salud. La venta de la fuerza de trabajo en diversidad de sectores de la economía adquiere características diferentes al trabajo por cuenta propia. Este puede estar dirigido al ingreso económico en el mercado informal o trabajo artesanal, o bien, al autoconsumo, en el trabajo agrícola.

Los procesos productivos generan servicios, ingresos o recursos utilizados para el consumo, siendo este último un condicionante para la reparación del desgaste experimentado en el trabajo o en la vida cotidiana.

Es necesario, además, reconocer las diferentes estrategias de sobrevivencia producto de procesos de exclusión social o por mecanismos de propios de la producción, tales como utilizar la calle como espacio de vivienda y/o trabajo. Esto implica a que los individuos permanezcan en lugares con mayores posibilidades de captación de recursos y favorecer su propia sobrevivencia. Esta situación generará a su vez determinados desgastes a la persona como violencia, inseguridad, una alta vulnerabilidad a diversas condicionantes y riesgos para la salud.

En los procesos de consumo, las personas están sujetas a elementos y condiciones de vida que afectan positiva o negativamente su salud. Una buena alimentación, educación, descanso y recreación son benéficos para la salud, sin embargo, las carencias o excesos pueden resultar dañinos. Algunos ejemplos de elementos perjudiciales de consumo son la utilización de sustancias adictivas, el sedentarismo, utilización de detergentes, ingesta de agua o alimentos contaminados, o bien residuos de agrotóxicos en alimentos o la exposición a ellos por rociamiento

o presencia en aguas superficiales por ausencia de regulación, entre otros

En el nivel individual es crucial la consideración de los procesos socioculturales. El modelo de autoatención condicionado por lo que la persona concibe como salud y enfermedad, y sus formas específicas de afrontamiento. Ello determina el camino del enfermo, prácticas de autocuidado y autoatención. Todo ello condicionado a su vez por la capacidad económica de la persona o la familia, ante la ausencia o mala calidad de servicios de salud pública.

La espiritualidad, la pertenencia a determinada creencia religiosa, condiciona las formas de enfrentar los problemas de salud y la disposición de recibir ayuda por parte de las instituciones u organizaciones que trabaja en salud. Es muy importante la identidad a un pueblo ancestral y el conocimiento y prácticas de modelos alternativos de salud.

El individuo puede padecer enfermedades específicas de su cultura, que lamentablemente se ignoran, desvaloran y desprecian cuando no concuerdan con las enfermedades occidentales establecidas, y por lo tanto no son registradas, menos aún consideradas para análisis por el modelo biomédico dominante.

Una mujer tiene riesgos y morbilidad diferentes a las de un hombre, así como un niño los presenta de forma distinta a un adolescente o una persona heterosexual a una homosexual. Estas variaciones no son dadas únicamente por cuestiones de sexo o etáreas (biológicas), sino que también se definen por construcciones sociales como el tipo de relaciones de género o generacionales.

Los roles y estatus tradicionalmente asignados por edad a la mujer y al hombre, o los que se verifican en las relaciones entre diferentes adscripciones genéricas (parejas gay, lésbicas,

entre otras), tienen un impacto en la salud. Esto relacionado con las estructuras de poder, la posibilidad de toma de decisiones o del manejo de recursos. Existe desgastes psicológicos muy importantes relacionados con estos factores.

Por último, no debe olvidarse que cada ser humano se desenvuelve en espacios colectivos como familia y comunidad; esto implica que cada persona, saludable o enferma, afecta correspondientemente los grupos en los que participa. A su vez, la situación familiar o de su comunidad genera en el individuo condiciones o riesgos para su salud. Incluso, personas en situación de calle no sustituyen a la familia sino generan nuevos vínculos con diferentes pares que pueden modelar su proceso de salud-enfermedad.

El establecimiento de las RAS, da posibilidades de trabajar la salud individual de una manera muy diversa y adecuándose a la situación particular de cada persona, sin perder de vista la responsabilidad pública.

## 2. Espíritu del programa individual

El PIAS, reconoce que los problemas de salud que padece el individuo provienen de la conjugación de múltiples procesos. Por lo tanto brinda una atención clínica integral, tomando en cuenta el carácter multidimensional de la persona, su inserción laboral, condiciones de vida, lógicas socioculturales y de género. Se identifican los riesgos y potencialidades de cada quien, según su acceso a recursos, prácticas y conocimientos, y su participación y/o integración en espacios colectivos.

En la atención individual es posible encontrar percepciones disímiles sobre la enfermedad, por parte del ciudadano y el profesional de salud. Así, las relaciones que se establezcan entre los actores deberán basarse en la confianza, y orientarse a la comprensión del otro, la tolerancia y el res-



peto, cuyas respuestas efectivas del profesional basadas en estos preceptos permitirá la creación de un vínculo que permitirá la longitudinalidad de la atención. El espacio clínico se transforma en un proceso de negociación que permite la potenciación de los factores protectores, disminución de los riesgos y resolución efectiva de los problemas, por medio de un proceso de corresponsabilidad de todos los actores, que permitirá las condiciones para la continuidad de la atención.

Se ejecutan acciones sanitarias de prevención-curación-rehabilitación y cuidados paliativos que integran recursos sanitarios institucionales y comunitarios con pertinencia intercultural, perspectiva de género, asistencia clínica continua y de calidad, considerando a todos los individuos como parte de la Madre Naturaleza. Según los problemas encontrados, existirán a lo largo de una red de atención acciones para garantizar la resolutivez del proceso salud-enfermedad, pudiendo utilizar la referencia y contrarreferencia hacia a otros terapeutas de sistemas de salud culturales diferentes, o bien otras prácticas no medicalizantes que permiten un abordaje integral.

La identificación de problemas en la persona alerta sobre riesgos para su familia y comunidad, por lo que los mecanismos de comunicación entre los diferentes programas a lo largo de toda una red son importantes. Asimismo, se intenta conocer la forma en que las dinámicas familiares y comunitarias influyen en la salud individual, que amerite intervenciones y/o seguimiento.

Se buscan alternativas de atención a través de los diferentes componentes de la RAS y se es-

tablece mecanismos de coordinación con otros modelos de atención, principalmente destaca los relacionados con los paradigmas ancestrales de salud.

### 3. Objetivo del Programa Individual:

El objetivo general del PIAS es brindar asistencia clínica integral de curación prevención, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo a las condiciones y lógicas de cada individuo, en su contexto familiar y comunitario.

Se orienta a fortalecer a la persona y su familia, en el afrontamiento de la situación particular de enfermedad o muerte que se enfrente, de acuerdo a sus lógicas socioculturales y genéricas.

Contextualiza al individuo en su comunidad y familia de acuerdo a sus características genéricas, generacionales y de parentesco.

En el siguiente apartado, se identifican los resultados generales del programa y los resultados específicos por equipos de trabajo.

### 4. Resultados y actividades/ tácticas operativas:

Se han definido una serie de resultados para el programa individual de atención en salud para cada uno de los equipos miembros de la red, con los cuales es posible definir actividades y tácticas operativas, un consolidado de los resultados es presentado en el CUADRO 19. Se anotan también resultados para equipos de DMS y DAS, que son complementarios a los equipos de atención constituidos para esos fines, en los diferentes puntos de atención de la red.



Cuadro 19

Resultados del programa individual de atención en salud

Programa Individual de Atención en Salud (I)								
Resultados	Equipo Comunitario de Atención en Salud -ECOS-	Equipo de Apoyo para la Atención en salud-EAPAS-	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención Integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud -DAS-	
Se han detectado los problemas de salud de las personas y se conocen los modelos explicativos sobre éstos, y las acciones de resolución se acuerdan conjuntamente entre paciente y terapeuta	Se ha dado atención integral intra y/o extramuros a la demanda de todos los problemas de salud en todos los ciclos de vida, a ambos sexos y de acuerdo a las normas, así como a casos especiales y grupos prioritarios considerando la condición de género y matrices culturales.	Se han detectado y/o confirmados los problemas de salud de las personas, y las acciones de resolución se acuerdan conjuntamente entre el paciente y el equipo de apoyo. Se ha supervisado con 5 tipos de consultas.	Se han detectado y/o confirmados problemas de salud de las personas, y las acciones de resolución se acuerdan conjuntamente entre paciente y terapeuta (incluyendo internamiento de corta estancia). Se ha dado seguimiento integral a problemas de salud de las personas según criterios definidos.	Se ha dado apoyo a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha atendido las referencias de los equipos de las redes locales.	Se ha dado atención de emergencia clínica y/o psicológica a problemas específicos.	Se ha dado apoyo a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.
Se han detectado los riesgos de condiciones de vida, laborales y socioculturales que afectan a la persona y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado	Se ha utilizado la información de los Programas comunitario y familiar para la atención integral a demanda.	Se ha atendido los casos especiales y los que según norma requieren EAPAS PIAS.	Se ha dado apoyo a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha atendido las referencias de los equipos de las redes locales.	Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo clínico a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo clínico a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo clínico a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.	Se ha dado apoyo clínico a ECOS Y EAPAS, fortaleciendo competencias clínicas. Se ha creado programas de formación permanente a los equipos de la red distrital.



**Cuadro 20**

**Resultados del programa individual de atención en salud**

**Programa Individual de Atención en Salud (2)**

RESULTADO	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la atención en salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipos de DMS	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria	Equipo de Dirección de Área de Salud –DAS–
Se han realizado referencias y contra-referencias los servicios de toda la RASI así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud ancestral y popular.	Se han realizado referencias y contra-referencias al EAPAS u otros servicios de la RASI y de la Red de sanadores (as) ancestrales.	Se han realizado referencias y contra-referencias a Equipos de la RASI para atención y seguimiento de casos que ameriten.	Se ha dado seguimiento a individuos en exclusión social, o vulnerabilidad social por su condición individual o reproducción social.	Se han monitoreado y fortalecido competencias clínicas en los equipos.	Se han promovido espacios de socialización que propicien reflexión, participación y aprendizaje continuo que permitan la integración social.	Se han creado espacios de socialización para la participación, aprendizaje continuo y socialización cuya condición médica lo permite.	Se han monitoreado y fortalecido competencias en los equipos.
			Se han realizado contrata-referencias a los servicios de la Red, así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud diferentes.	Se han monitoreado y fortalecido competencias clínicas en los equipos. Se ha consolidado información de cobertura, producción y casos tanto desde el modelo biomédico como ancestral para su análisis y vigilancia, utilizándola en el ciclo de gestión del DMS.	Se han realizado contrata-referencias a los servicios de la Red, así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud diferentes.	Se han realizado contrata-referencias a los servicios de la Red, así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud diferentes.	Se ha consolidado información de cobertura, producción y casos tanto desde el modelo biomédico como ancestral para su análisis y vigilancia, utilizándola en el ciclo de gestión del Área de Salud.

Cuadro 21

Vigilancia en salud socio-cultural de la Red de Atención en Salud Institucional

	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo para la Atención en salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral en salud de Centro de Salud	Equipo de Atención Integral en Salud de Centro de Salud Ampliado	Equipo de atención integral de salud Hospitalaria
<p><b>Vigilancia en salud socio-cultural vinculado al ciclo de gestión de la red.</b></p> <p><b>Se ha realizado el proceso de vigilancia en salud socio-cultural vinculado al ciclo de gestión de la red.</b></p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Se ha realizado la vigilancia semanal de enfermedades de notificación obligatoria, incluyendo los problemas detectados desde las matrices culturales, y tomado decisiones con base al análisis en el sector.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Se ha realizado la vigilancia semanal de enfermedades de notificación obligatoria, incluyendo los problemas detectados desde las matrices culturales, y tomado decisiones con base al análisis en los territorios.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Se ha realizado vigilancia de red distrital.</p> <p>Se ha realizado Análisis y acciones sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Se ha brindado apoyo a los territorios en vigilancia semanal y mensual.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Se ha realizado la vigilancia de su área de influencia (red interdistrital u otra).</p> <p>Se ha realizado análisis y planificado con base a ello, sobre prioridades de salud definidas y otros modelos.</p> <p>Se ha participado en el proceso de vigilancia con equipos de red local según necesidad.</p>	<p><b>Vigilancia epidemiológica sociocultural:</b></p> <p>Se ha realizado el proceso de vigilancia sociocultural de su área de influencia y de infecciones nosocomiales.</p> <p>Se ha participado en vigilancia con equipos de redes interdistritales o grandes según necesidad.</p>
	<p><b>Se ha realizado Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores en las comunidades del sector.</p>	<p><b>Se ha realizado Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores, en los sectores de los territorios.</p>	<p><b>Se ha participado en Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores.</p>	<p><b>Se ha participado en Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Se ha dado acompañamiento y participación activa en la investigación con grupos sobre concepciones-acciones de los modelos de salud locales, manejo de brotes y factores de riesgo-protectores de mayor porte.</p>	<p><b>Se ha participado en Investigación epidemiológica sociocultural</b></p> <p>Se ha establecido comunicación activa con resto de la red para detección de brotes y factores de riesgo-protectores.</p>
	<p><b>Se ha realizado el Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>con las comunidades anualmente y análisis con Equipos de los servicios de la Sala Situacional, mensualmente.</p> <p>Se ha generado información para la vigilancia sociocultural de sectores desde el SIMIS.</p>	<p><b>Se ha realizado Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Facilita y asesora el análisis con las comunidades anualmente.</p> <p>Análisis con ECOS y demás equipos de la red, mensualmente en sala situacional.</p> <p>Se ha generado información para la vigilancia sociocultural de territorios desde el SIMIS.</p>	<p><b>Se ha participado en el Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Se ha generado información para la vigilancia sociocultural de territorios desde el SIMIS.</p>	<p><b>Se ha participado en el Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Y sala situacional.</p> <p>Se ha generado información para la vigilancia sociocultural de territorios desde el SIMIS.</p>	<p><b>Se ha participado en el Análisis de situación de salud sociocultural</b></p> <p>Se ha generado información para la vigilancia sociocultural de territorios desde el SIMIS.</p>
<p><b>Se ha sistematizado proceso de manejo de desechos en toda la red tomando en cuenta perspectiva de Ambiente y madre naturaleza.</b></p>					

**Cuadro 22**

**Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado y procesos de formación estratégica**

Sistema de información: ficha comunitaria, ficha comunitaria, ficha individual, reportaría por programa y vigilancia en salud sociocultural.

**Generación de agendamiento de citas desde el punto de atención primario para interconsultas y**

Adscripción poblacional: **código único individual y familiar.**

Trabajo y apoyo matricial: **trabajo multidisciplinario, discusión de casos e intercambio de conocimientos y cuando necesario, una retaguardia especializada entre estrategias e interprofesional.**

Telemedicina: **Canales de comunicación directo de usuario con equipo de referencia que corresponda según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial.**

Lineas de Cuidado Integral: **Unificación de acciones de la Red de Atención en Salud (RAS), activado por el proyecto terapéutico con diferente grado de responsabilidad, flujos de encaminamiento y acciones determinadas en las tres estrategias. Incluye Guías de Práctica Clínica para normatización de la atención.**

	Dispensarización de casos:	Equipo de referencia:	Equipo de referencia:	Gestor de caso:
<p><b>Mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad del cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha dado seguimiento en campo a proyecto terapéutico compartido.</li> <li>Se ha coordinado y brindado apoyo matricial en caso de no continuidad en el proyecto.</li> <li>Se ha brindado el cuidado longitudinal a su población adscrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha realizado dispensarización de casos específicos para su manejo y referencia según criterios específicos.</li> <li>Se ha dado seguimiento a casos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha conducido casos según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se da conducción de un caso según dispensarización y criterios específicos de dificultad clínica y/o psicosocial alta, cuyo coordinador en un movimiento de síntesis, intuición y análisis, genera un proceso de discusión para lidiar con incertezas posibles.</li> <li>Seguimiento a proyecto terapéutico compartido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto terapéutico comparado a casos dispensarizados, para uso interno y posterior al alta para seguimiento por equipo de referencia.</li> </ul>
<p><b>Procesos de Formación Estratégica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha dado acompañamiento a ECOS en actividades y espacios de formación en temas específicos.</li> <li>Se cuenta con Centro de práctica de residencia multiprofesional de salud de la familia y medicina familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha dado acompañamiento a ECOS en actividades y espacios de formación en temas específicos.</li> <li>Se cuenta con Centro de práctica de residencia multiprofesional de salud de la familia y medicina familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha constituido Centro de formación en residencia multiprofesional de salud de la familia y medicina familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con Centro de formación en especialidades médicas y clínicas;</li> <li>Se cuenta con Centro de formación en medicina integral.</li> </ul>
<p><b>Prestaciones intermedias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se interpretan pruebas de tamizaje comunitario</li> <li>Pruebas de tamizaje psicossocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han realizado pruebas confirmatorias y laboratorio Nivel I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han realizado pruebas confirmatorias y laboratorio Nivel II</li> <li>Se han realizado Imagenología (Rayos X y ultrasonido, mamografía)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han realizado pruebas de laboratorio especializados.</li> <li>Se han realizado imagenología de alta densidad tecnológica.</li> <li>Se han realizado Tamizaje neonatal</li> </ul>

5. Mecanismos de vinculación, continuidad de la atención a nivel comunitario, familiar e individual y otros modelos.

Las actividades realizadas por el programa individual son complementarias con las de los programas comunitario y familiar. Estas afectan al entorno familiar y las redes de apoyo con que cuente la persona facilitarán su tratamiento.

La pertinencia o adecuación de la atención por parte de los equipos integrales de salud puede afectar las posibilidades de lograr la continuidad y longitudinalidad de la atención a una persona. El enfoque matricial y los proyectos terapéuticos también impactarán positivamente con esos objetivos, a lo largo de la red.

Algo que contribuirá de manera muy importante es la dispensarización de individuos según los riesgos que estén enfrentando o las particularidades del seguimiento requerido por parte de los equipos integrales, en los diferentes puntos de atención de la red.

La adecuada pertinencia socio cultural facilita la referencia y contra referencia con otros modelos de salud ancestrales o populares, lo que puede ser crucial para generar confianza y efectividad en el tratamiento.

Por ello, la atención individual requiere la coordinación y establecer mecanismos de vinculación, continuidad y longitudinalidad en todos los puntos de la red. Para ello se cuenta con un sistema de información con adscripción poblacional por sectores y territorios; con el trabajo y apoyo matricial a lo largo de toda la red; se propone mecanismos como la telemedicina y líneas de cuidado integral. (Ver el Cuadro 19).

Los procesos de formación estratégica también coadyuban a estos objetivos de mantener una

coordinación y comunicación entre los diferentes equipos y puntos de atención y los equipos gestores de red.

#### a. Sistema de información

El SIMIS, es un sistema de información que parte de la estructura organizacional de la red y su ordenamiento territorial. Se realiza un conteo poblacional y croquis, a partir de los cuales se establecen códigos individuales y familiares georreferenciados que permiten la ubicación precisa y las posibilidades de seguimiento a cada persona.

Se cuenta con una ficha clínica única que aplica para todos los ciclos de vida y el cuaderno de seguimiento para mujeres en edad fértil y el de niños/as. Además, cuenta con reportería específica que abarca información agregada relativa a la situación de los individuos, sus familias y comunidades respectivas.

El SIMIS deberá completarse, habilitando módulos con información pertinente para cada punto de atención.

Los equipos integrales de salud pueden tener acceso a dicha información, lo que permite el trabajo en equipo y matricial en todos los puntos de atención.

Se requiere desarrollar competencias de análisis de información para poder aprovechar las oportunidades que dicho sistema ofrece.

#### b. Trabajo y apoyo matricial:

Los equipos integrales en los puntos de atención de la red realizan trabajo matricial, que tiene por objetivo asegurar el enfoque transdisciplinario para brindar atención integral a los individuos.

Los equipos ubicados en puntos de atención más especializados apoyan a la solución de problemáticas individuales de diferente grado de compleji-



dad y la coordinación de los equipos a lo largo de la red, permite la atención continua y pertinente al contexto familiar y comunitario de la persona.

Se pueden establecer proyectos terapéuticos individuales que facilita la integración de los diferentes profesionales de los equipos y progresivamente alcanzar un enfoque transdisciplinar. Igualmente, es importante la coordinación con otros componentes de la RAS y, en especial, con las redes ancestrales y populares, para complementar y hacer sinergia en perspectiva de la integralidad de la atención.

Adicionalmente, se debe realizar una dinámica de apoyo técnico-pedagógico para el aprendizaje conjunto entre los equipos de salud, para la resolución de los problemas individuales específicos.

El trabajo-apoyo matricial lleva implícita un cambio radical en la forma de organización del proceso de trabajo en salud. Genera un estímulo en la coproducción del cuidado, articulado una gestión de la salud horizontal y haciendo que todos se sientan un solo equipo. Esto se contrapone al clásico trabajo biomédico jerarquizado a favor de los profesionales con mayores años de formación y a mecanismos como interconsultas desagregadas y descontextualizadas.

Lo anterior requiere esfuerzos de comunicación notables y se espera que los procesos de formación estratégicos faciliten esa dinámica de equipo entre los diferentes puntos de atención.

#### c. Equipos de referencia:

Los equipos de referencia son aquellos que tienen la responsabilidad de coordinar y conducir los proyectos terapéuticos o atenciones integrales a cada individuo. Estos deben garantizar la construcción de un vínculo entre las personas y los profesionales de la salud a cargo.

Estos equipos conformados por diferentes profesionales poseen un coordinador de cualquier profesión, que permita desarrollar un espacio de diálogo para la comprensión de los objetivos de una propuesta terapéutica individual. Se pretende integrar las diferentes perspectivas profesionales en diagnósticos y tratamientos individuales, tomando siempre en cuenta el entorno familiar y comunitario.

El coordinador del equipo de referencia podrá asistir, de ser necesario, a los diferentes puntos de atención donde un individuo será atendido. Por ejemplo, en el caso de un internamiento en un hospital, el coordinador podrá ser requerido para participar en el ingreso y alta hospitalaria. Esto permitirá crear mecanismos comunes para la creación de vínculo entre profesionales y generar espacios de continuidad y longitudinalidad del cuidado en salud. Esto facilitará además la discusión del proyecto terapéutico de alta hospitalaria y su seguimiento respectivo en los puntos de atención cercanos según su adscripción en la red de atención.

## D. Vigilancia sociocultural de la salud

La vigilancia sociocultural de la salud, consiste en la investigación, vigilancia y análisis de la situación de salud, partiendo del marco teórico de la reproducción social, la complejidad y la transdisciplinariedad.

Desde el punto de vista epidemiológico se conjuga el enfoque poblacional basado en la determinación social y en enfoque de riesgo, aplicado a los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad.

La información que se recolecta en los tres programas facilita la caracterización y la reformulación de posibles interrelaciones entre esos



tres niveles de análisis acción. Lo que permite un acercamiento más preciso e integrado con la realidad y por lo tanto una mejor comprensión para definir las intervenciones más apropiadas.

Esta es una herramienta básica para la gestión de los tres niveles de atención en salud al recolectar, procesar, analizar y notificar la información para la toma de decisiones y la definición de estrategias, así como para evaluar la efectividad de las acciones.

La vigilancia de la salud implica necesariamente una amplia formación de los equipos integrales de salud en diferentes temáticas como: el enfoque poblacional y de riesgo; las definiciones de caso; los aspectos socioculturales y problemas de salud atendidos por otros modelos; y los conocimientos de las lógicas socioculturales en el marco de la autoatención.

Además de cumplir con los protocolos nacionales de vigilancia requiere de protocolos de vigilancia de enfermedades atendidas por terapeutas de los pueblos Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo del país.

La vigilancia en salud sociocultural norma los siguientes espacios de análisis de la salud:

### 1. Vigilancia de salud semanal

La vigilancia de salud semanal, forma parte del control epidemiológico y juegan un rol relevante en el campo sanitario. Están estrechamente relacionadas con el seguimiento a las enfermedades de notificación obligatoria y otras prioridades establecidas de acuerdo a otros modelos de salud locales, que pueden formar parte de paradigmas ancestrales de salud.

Dichas reuniones se deben realizar en todos los puntos de atención y dependiendo de su posición dentro de la RASI, así será el contenido y área poblacional bajo vigilancia.

Estas reuniones implican acciones inmediatas de seguimiento de casos o activan procesos de investigación epidemiológica.

### 2. Sala situacional

La reunión de Sala Situacional es una herramienta para planificar e intervenir en la realidad utilizando tanto la visión comunitaria como la institucional. A lo largo de la red, en los puntos de atención, en los DMS y DAS, deben realizarse con la información pertinente para cada caso. A partir las conclusiones, se debe desarrollar acciones pertinentes a la situación de salud encontrada.

En los puntos de atención de sectores y territorios, se establece realizar salas situacionales comunitarias. Estas se constituyen en espacios donde se conjugan diferentes saberes y conocimientos comunitarios con los institucionales. En conjunto con los actores comunitarios se debe establecer acciones para resolver la situación de salud encontrada.

En el marco de las RAS, las diferentes organizaciones e instituciones deben de participar en las salas situacionales convocadas por el MSPAS, de acuerdo a su presencia en la estructura organizativa de las RASI: redes locales y distritales, interdistritales, departamentales o regionales.

### 3. La investigación epidemiológica sociocultural

La investigación epidemiológica sociocultural, también formará parte de la vigilancia en salud y se divide en dos: la dirigida a la investigación de eventos mórbidos que por sus características los justifica, ejemplo: brotes de enfermedades priorizadas según normativas nacionales e internacionales; y, las referidas a enfermedades específicas locales relacionadas con modelos explicativos diferentes al bio-médico.



#### 4. Análisis de Situación en Salud (ASIS):

El análisis de situación de salud es un ejercicio de carácter poblacional donde se debe tener un enfoque de determinación social y de condicionantes de la salud.

Su importancia radica en conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud-enfermedad y su determinación. Permite una planificación pertinente de intervenciones de la RASI, en coordinación con todos los componentes de las RAS.

El ASIS forma parte de los procesos de análisis anuales e impactan en las planificaciones de cada año. Además, tienen un papel estratégico al constituirse en fuente de información para la planificación territorial, la intersectorialidad y tendrá su efecto en la definición de políticas institucionales y nacionales de salud.

La vigilancia sociocultural de la salud constituye parte inherente al proceso de gestión, generando insumos importantes para cada componente del ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud.

### E. Gestión de la atención y vigilancia en salud

La Gestión de la atención y vigilancia en salud, consiste en actividades de planificación, organización, conducción, ejecución, monitoreo y evaluación, vinculados al proceso de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente. Se complementa con las actividades, subprocesos y procesos, de los macroprocesos de REGOD, GESE y GEA.

Para llevar a cabo cada una de estas actividades, se requiere la formación y/o reforzamiento de competencias en los equipos, mediante talleres de inducción y seguimiento.

Este proceso se realiza de manera permanente, en todos los ciclos de implementación del modelo y redes de atención, a través de actividades organizadas de acuerdo con el ciclo de administración, dirigidas a la atención y vigilancia en salud (Ver Cuadro 26)

#### 1. Planificación

La planificación se realiza de manera permanente, contando con la participación de todos los equipos y liderada por los equipos de conducción del DMS y de las DAS. La herramienta de planificación anual se denomina Agenda Técnica Operativa Local (ATOL), y es la guía de trabajo a partir de la cual se hacen memo de prioridades y cronogramas mensuales de los ECOS, EAPAS y equipos de atención integral en cada punto de atención, como se puede ver en el Cuadro 26.

Las dos actividades de planificación anual, el POA y el ATOL, deben compatibilizarse. Siendo la primera con fines de elaboración de presupuesto y, la segunda, con el objetivo de orientar el trabajo operativo de los equipos de campo para alcanzar sus resultados.

Este plan toma en consideración la formación y capacitación necesaria de los equipos en estos aspectos de planificación vinculados al desarrollo del modelo y de la red en su conjunto. La planificación institucional debe ser compartida y coordinada con las otras organizaciones, instituciones, grupos o familias que forman parte de los componentes de la RAS.

#### 2. Organización

La organización de la atención y vigilancia se basa en el modelo y redes de atención. Consiste en la reorganización del personal ya existente en el nivel central, en DAS y DMS del MSPAS. También se debe realizar la reorganización del personal de todos los puntos de atención, para cumplir con



las funciones establecidas en el modelo de las RASI.

El personal se constituye en equipos polifuncionales, dirigidos al trabajo matricial y su número debe ser definido con el criterio de carga laboral.

La actividad de organización requiere de la preparación de los equipos de DMS y DAS para su implementación y los equipos de conducción y de administración participan en las propuestas y tomas de decisión. La organización, así como todos los detalles del trabajo en red, debe ser socializado con los actores locales y comunitarios, así como con todos los componentes de la RAS en sus diferentes niveles de actuación.

### 3. Dirección

La dirección consiste en el acompañamiento permanente y direccionalidad que se les brinda a los equipos para garantizar el cumplimiento de los objetivos de los programas, el seguimiento de indicadores y el alcance de las metas sanitarias establecidas.

Esta función la desempeñan la coordinación y el consejo técnico del DMS; y la dirección y consejo técnico de área de salud. Esta actividad toma como insumos los instrumentos de política, planificación, monitoreo y evaluación aplicado en el marco del modelo y las redes de atención.

Esta conducción institucional debe complementarse con las actividades de gobernanza y rectoría para el impulso de la RAS a diferentes niveles de actuación y alcanzar acuerdos de trabajo con las diferentes organizaciones, instituciones, entre otros.

Con referencia a los puntos de atención, sus equipos integrales asumen esta función de dirección

orientada a la coordinación o articulación de los componentes de la RAS.

### 4. Control

El control está dirigido a dar seguimiento permanente a la implementación del modelo y redes de atención, en lo referente a la atención y vigilancia en salud.

Vincula acciones de vigilancia en salud, informes de proceso y resultados del ATOL y de las tácticas operativas de los tres programas (PIAS; PFAS y PCOS), el monitoreo de competencias y la supervisión en todos los puntos de atención a lo largo de la red.

Estas acciones, aunque son dirigidas al desarrollo interno de la implementación, debe servir de insumo para los procesos de conducción de política, planificación, comunicación estratégica y rendición de cuentas.

Los equipos de conducción de los DMS y DAS son los responsables de esta actividad en general y en los sectores y territorios son los ECOS y EAPAS. En los otros puntos de atención serán los equipos de atención integral.

Esta actividad deberá contar con la participación de las comunidades y de los componentes de la RAS, como es el caso del ASIS o las salas situacionales. Esto tiene como objetivo, alcanzar a tener una visión completa de la problemática de salud y poder coordinar acciones conjuntas.

Esta actividad debe ser completada con las actividades de recepción de denuncias (apertura conjunta de buzones en puntos de atención), y con la fiscalización social en general, que pertenecen al macroproceso de REGOD.



**Cuadro 23**

**Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente**

Componente ciclo de gestión	Ecos (sector) Equipo de apoyo (territorio)	Equipo de atención integral de centro de salud	Equipo de atención integral de cs ampliado		Equipo de atención integral hospitalario	Das
			Atol Csa	Consolidado Red Distrital Consolidado Red Interdistrital		
<b>Atol</b>	Atol Territorio	Consolidado De Atol De Red Locales			Atol Hospital (Comprende Atoles De Redes Interdistritales)	Consolida atoles: csa, red distrital y atol hospital
		Atol De Cs				
			Memo Prioridades Red Local	Memo de Prioridades De: Red Distrital Red Interdistrital	Memo Prioridades	
<b>Memo de prioridades</b>						
<b>Cronograma mensual</b>	"	"	"	"	"	"
<b>Vigilancia Semanal (Insumo Cronograma Mensual)</b>	"	"	"	"	"	"
<b>Sala Situacional / Mensual (Insumo Cronograma Mensual)</b>	"	"	"	"	"	"
<b>Asis (Insumo para el atol)</b>	Asis por territorio	Asis de cada red local	↑	↑	↑	↑
		La consolidación de asis de redes locales conforman el asis de la red distrital				Asis de hospitales y todos los asis interdistritales
<b>Monitoreo De Procesos De Las Tácticas Operativas Para Logro De Indicadores (Insumo Cronograma Mensual)</b>	Sectores y territorios	Red distrital: red local o redes locales		Red distrital o interdistrital	Hospitalario	Integra

Continúa...

**Cuadro 23**

**Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente**

	Componente ciclo de gestión	Ecos (sector)		Equipo de atención integral de centro de salud	Equipo de atención integral de cs ampliado	Equipo de atención integral hospitalario	Das
		Equipo de apoyo (territorio)					
Control	<b>Interprogramática (Insumo Para La Atol)</b>	Territorio		Participa en las interprogramáticas del territorio	Idem	Idem	Integra
	<b>Monitoreo De Competencias (Insumo Para La Interprogramática)</b>	Eapas hace monitoreo a ecos		Equipos de atención integral (cs) hace monitoreo a eapas	Equipos de atención integral de csa hace a equipos de atención integral (cs)	Hospitalario	Das hace monitoreo a equipo de atención integral de csa y a hospitalario
Dirección	Reunión de consejo técnico		↔	Eapas Con Ebs	"	"	"
Organización				Gestión de los servicios y personal, fomentando la toma de decisiones y el trabajo matricial relación con otras instituciones y organizaciones. Coordinación del trabajo organizacional por sectores y territorios, en el ámbito institucional y comunitario.	Relación con otras instituciones y organizaciones. Organiza y coordina la atención y consultas programadas en cs. Coordinación del trabajo organizacional interdistrital, en el ámbito institucional y comunitario.	Gestión de los servicios y personal, fomentando la toma de decisiones y el trabajo matricial. Relación con otras instituciones y organizaciones. Organiza y coordina la atención y consultas programadas en csa. Coordinación del trabajo organizacional interdistrital, en el ámbito institucional y comunitario.	Gestión de los servicios y personal, fomentando la toma de decisiones y el trabajo matricial. Relación con otras instituciones y organizaciones. Coordinación del trabajo organizacional de área de salud, en el ámbito institucional y comunitario.







# CAPÍTULO X

## Estructura organizativa de la RASI y su ordenamiento territorial

El modelo y las redes de atención en salud deben garantizar el acceso universal para toda la población. Por ello, un aspecto determinante es la forma como se estructura y organiza la red de atención a partir de un ordenamiento territorial que asegure dicho acceso. Este capítulo está orientado a explicar la propuesta para las redes de atención institucionales de salud del MSPAS (RASI), lo que resulta determinante para los procesos de planificación para el desarrollo integral de la red, en el corto, mediano y largo plazo.

La estructura organizativa de la red que se presenta abarca los criterios del ordenamiento territorial, la forma de organización de las redes con sus puntos de atención, los equipos y aspectos claves de su formación, infraestructura y propuesta de espacios arquitectónicos.

Estos aspectos deben tomar en consideración las perspectivas, atributos y los aspectos conceptuales presentados en este documento. Deben garantizar la operacionalización de las bases fundantes y de las características de las redes de atención.

El diseño programático incide directamente en la forma como se define finalmente la estructura organizacional de una red en un territorio específico, dado que la definición operativa del trabajo de atención individual, familiar y comunitario establece necesidades específicas para el acceso de los equipos a las comunidades y familias.

### A. Ordenamiento de la Red de Atención en Salud: criterios y reestructuración

El ordenamiento territorial de la RASI, se define como la forma como se distribuyen las familias (viviendas) y sus comunidades en el territorio en perspectiva de garantizar el acceso de la población a una atención comunitaria, familiar e individual. Este ordenamiento territorial sirve de referencia para la estructura organizativa de la red de atención institucional, entendida como el contenido de la atención brindada por equipos de salud (acciones intra o extramuros) e infraestructura, que se definen como punto de atención.

El ordenamiento territorial debe partir de la complejidad y la transdisciplinariedad para entender el territorio. Ello significa que se debe tomar en consideración dimensiones, naturales, sociales, políticas, económicas, culturales, espirituales y energéticas del mismo. Superando la idea del territorio como únicamente un espacio físico o natural donde la población habita en condiciones diferenciadas según se trate de zonas urbanas, urbano marginales y rurales. El territorio finalmente puede ser concebido como un espacio sistémico y con vida, dentro del cual la población mantiene sus procesos de reproducción social, en mutua dependencia.



Una consideración importante es que el territorio forma parte de la disputa histórica por sus recursos y está estrechamente relacionado con la presencia de los pueblos ancestrales u originarios. Esta historicidad está relacionada con el papel que juega la población y las características naturales del territorio, en los procesos de acumulación capitalista. Esto incide no sólo con la disponibilidad de servicios públicos; sino, además, con los niveles de organización social y presencia de organizaciones privadas no lucrativas. Todo ello incidiendo en el desarrollo local, municipal o departamental.

Por último, indicar que de acuerdo a los procesos de producción y consumo, el territorio presenta condiciones medioambientales que pueden causar diferencias en el estado de salud de la población, por ejemplo: enfermedades ocupacionales, desastres naturales, vivienda segura, polución, calidad del agua, seguridad alimenticia, control de pesticidas y otros factores ambientales (Kay, 2005; Resnik & Roman, 2007).

### 1. Criterios de planificación territorial para el ordenamiento de la Red de Atención en Salud Institucional

Considerando los aspectos de la sección anterior, el ordenamiento territorial debe tomar en consideración criterios de política, geografía y clima, vías de comunicación, sociolingüísticos, distribución de la población y determinación, condicionantes y riesgos para la salud (Cuadro 26).

Esto criterios se aplican cumpliendo con los atributos de equidad, acceso y cobertura, dado que tienen relación con la dinámica de la atención individual, familiar y comunitaria. Particularmente importante es la carga laboral de los equipos, en los que impacta cada uno de los criterios.

La planificación territorial es un proceso en el que participan equipos del MSPAS de los distritos municipales de salud (DMS) y de direcciones de áreas de salud (DAS). Estos equipos deben analizar el ordenamiento territorial en conjunto con los líderes formales e informales, autoridades y organizaciones locales.

Se debe tomar en consideración los análisis de situación de salud, los mapas de ubicación geográfica de servicios existentes con distancias y mecanismos de transporte disponibles en la comunidad. Un criterio determinante es la presencia de pueblos ancestrales u originarios en los territorios, su posición política y nivel de organización, para la conformación final de las redes. Este puede afectar a todas las agregaciones de redes que se exponen a continuación.

Finalmente, el ordenamiento territorial es un proceso que se caracteriza por definirse progresivamente en acercamiento sucesivos y hasta no realizar censos y croquis de todas las comunidades, no se sabrá con claridad el comportamiento de muchos de los criterios.



Cuadro 24

Bases para el Ordenamiento territorial de la Red de Atención en Salud Institucional

Políticas	Geografía y Clima	Vías De Comunicación	Sociolingüística	Distribución de la población	Determinación social, Condicionantes Y Riesgos
Tipos de liderazgo	Características del terreno	Vías de acceso	Tipos de organización por comunidad lingüística -Pueblos Ancestrales-	Densidad y dispersión poblacional	Población en riesgo (individuos, familias y comunidades)
Organización local	Topografía	Tiempo de traslado		Relación con otras colectividades	Condicionantes
Conflictos	Clima	Medios de transporte disponibles			Características habitacionales propias
Historia sociopolítica	Variables estacionales			Vulnerabilidad climática	
			Perfil socio-epidemiológico.		

← Población →

2. Estructura organizativa de la red de atención en salud institucional: una lógica que parte de lo local

La estructura organizativa corresponde a la forma como se ordenan y coordinan los aspectos estructurales y procesales de la red de atención en salud con el fin de garantizar capacidad de resolución, continuidad y longitudinalidad con base a las perspectivas y atributos de la red de atención en salud.

Con base a los criterios anteriores, el ordenamiento territorial y la estructura organizativa de red de atención, podría no corresponder a la configuración actual de la red de servicios del MSPAS por distrito (DMS) o área de salud (DAS). Lo que requeriría ajustes en la adscripción de esos servicios al DMS o DAS que corresponda.

A continuación, se presentan las características de cada uno de los niveles de agregación.

- a. Sector: se refiere a un espacio geográfico y a la unidad mínima de planificación sanitaria del modelo de redes, conformado por una o más comunidades de acuerdo con mecanismos de consenso para su conformación y criterios del Cuadro 26. Estos últimos son considerados para calcular la carga laboral de los equipos de salud, cuyo objetivo es garantizar la operativización de los programas de atención y la vigilancia socio cultural con equidad para todos individuos, familias y comunidades. En la práctica, la mayoría de los sectores poseen en promedio una población adscrita de 2,500 habitantes. A cada sector se destina un puesto de salud (PS), y un equipo comunitario de salud (ECOS), inte-



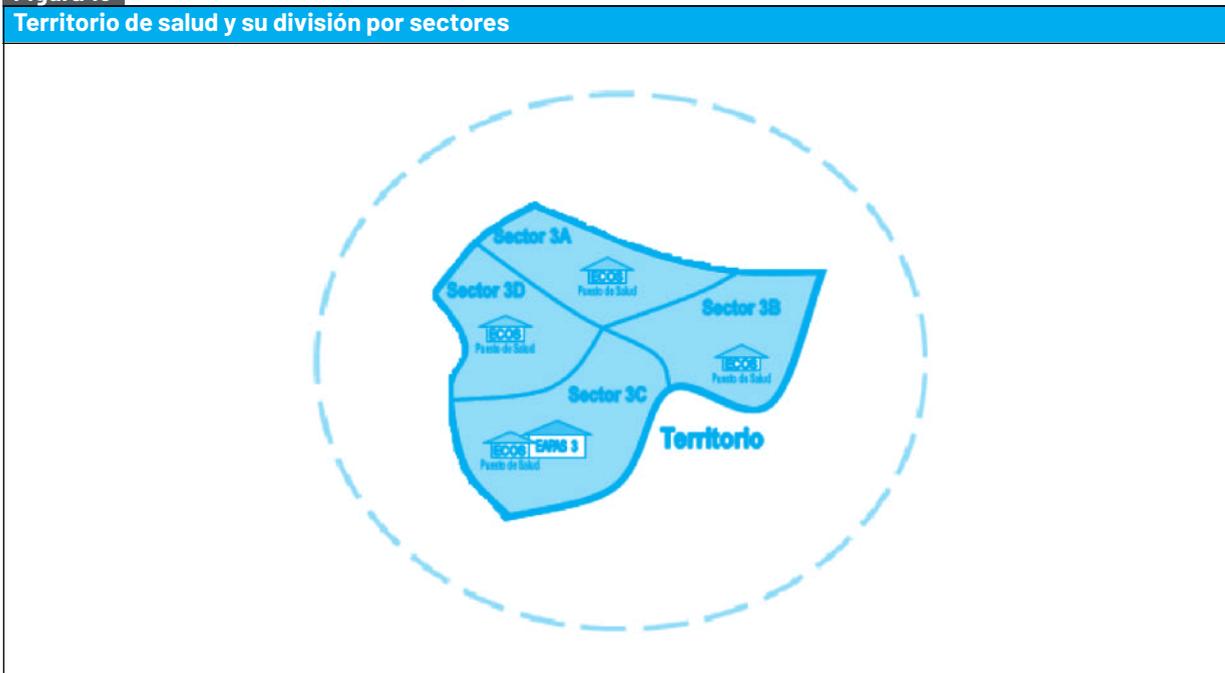
grado por dos o más auxiliares de enfermería comunitaria, según carga laboral.

- b. Territorio: se refiere al espacio geográfico y de planificación sanitaria del modelo de redes, conformado por uno más sectores (máximo seis). Se establece tomando en cuenta la cercanía y accesibilidad entre sí, acorde a la dispersión poblacional, accidentes geográficos, vías de comunicación y topografía, a modo que los equipos de salud adscritos al mismo puedan abarcar todo el territorio en la ejecución de los programas del modelo

(ver criterios Cuadro 26). Generalmente, los territorios poseen una población promedio de 10,000 habitantes. Cada territorio es cubierto por un equipo de apoyo a la atención en salud (EAPAS), cuya sede debe estar en infraestructura ubicada dentro del territorio, y por los ECOS de los sectores correspondientes. Estos equipos están adscritos a las oficinas del Distrito Municipal de Salud (DMS).

En la Figura 15, se muestra el esquema de un territorio que se encuentra conformado por cuatro sectores.

**Figura 15**  
Territorio de salud y su división por sectores



- c. Red local: Considerando las variables listadas en el CUADRO 23, una red local consiste en la agrupación de territorios, que se define como la unidad de planificación y atención base para la conformación de las redes distritales. Esta red, en promedio, está conformada por seis territorios y cuenta con una población aproximada de 50,000 habitantes. A estos están adscritos todos los equipos de salud antes mencionados, adicionalmente

de aquellos adscritos a la gestión de la atención de la red. Posee un centro de salud. La mayoría de los Distritos Municipales de Salud cuentan con una o dos redes locales de atención<sup>6</sup>. Ver Cuadro 27.

6 Una red local servirá de base para la planificación territorial y la presencia de servicios como una base de lógica incremental. Esta conformación no debe confundirse con las unidades de análisis epidemiológico (comunidades y familias).



d. Red distrital pequeña: Esta red se encuentra conformada por una a dos redes locales, siguiendo los criterios de planificación territorial definidos en el CUADRO 23.

Consecuentemente, según las características propias de las comunidades y familias, una red local puede constituir en sí misma una red distrital pequeña por lo que poseerá una red de servicios locales constituidos por un equipo en Centro de Salud, un equipo de apoyo por territorio (EAPAS), y un conjunto de equipos comunitarios en cada puesto por sector (ECOS).

Asimismo, cada red distrital pequeña será una unidad de gestión distrital, donde se generarán mecanismos referentes a la rectoría estratégica y gobernanza democrática. Esto debido que los Distritos Municipales de Salud (DMS), coinciden en la mayor parte de los casos con municipios.

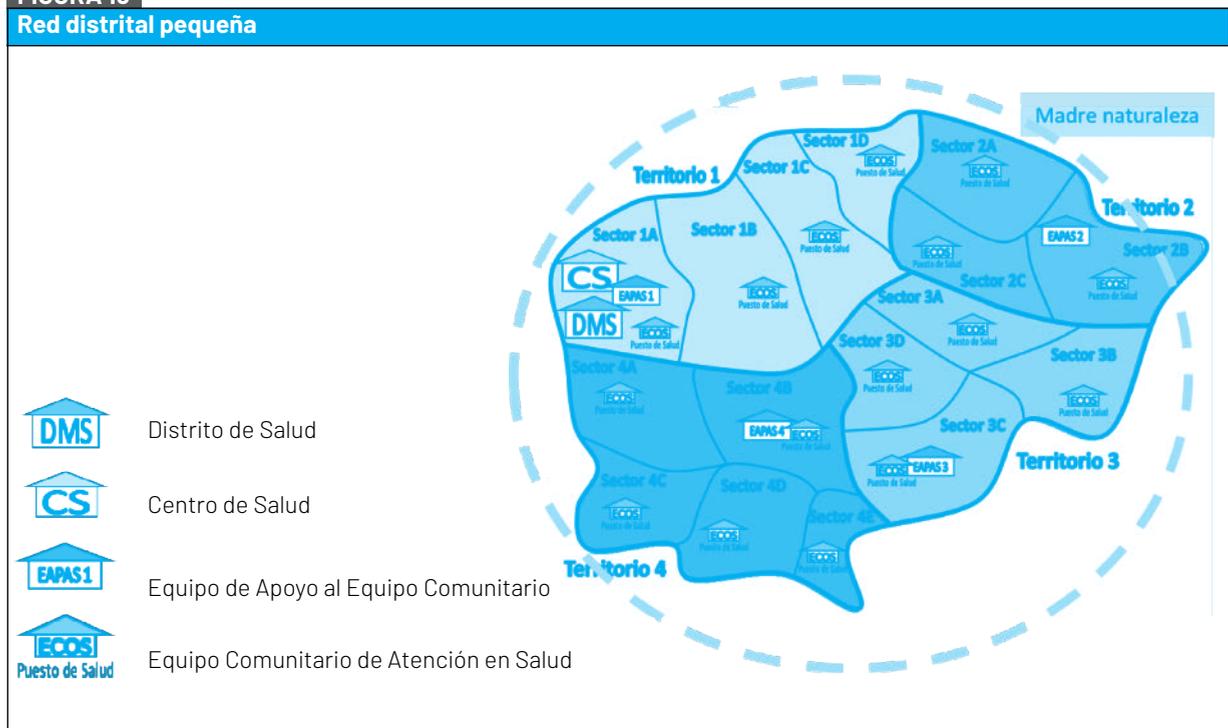
De hecho, el 91% de los Distritos Municipales actuales poseen una concordancia con el 83%

de las municipalidades (Ver Cuadro 27). Según la conformación de dichos distritos y su concordancia municipal se estima, una población aproximada de hasta 100,000 habitantes para una red distrital pequeña.

La posibilidad de considerar a los DMS como unidades ejecutoras será presentada en futuras publicaciones y dependerá de los resultados de las investigaciones realizadas. En la actualidad los DMS son centros de costo.

Para ejemplificar, en la FIGURA 16, se muestra una red distrital pequeña, conformada por una red local y su relación con la madre naturaleza como sujeto. Dicha red distrital pequeña, se encuentra conformada por cuatro territorios, cada uno dividido en sectores que agrupan comunidades. Para cada sector un puesto de salud, para cada territorio un equipo de apoyo, y para la red distrital pequeña un centro de salud y su unidad de gestión del distrito.

**FIGURA 16**  
**Red distrital pequeña**



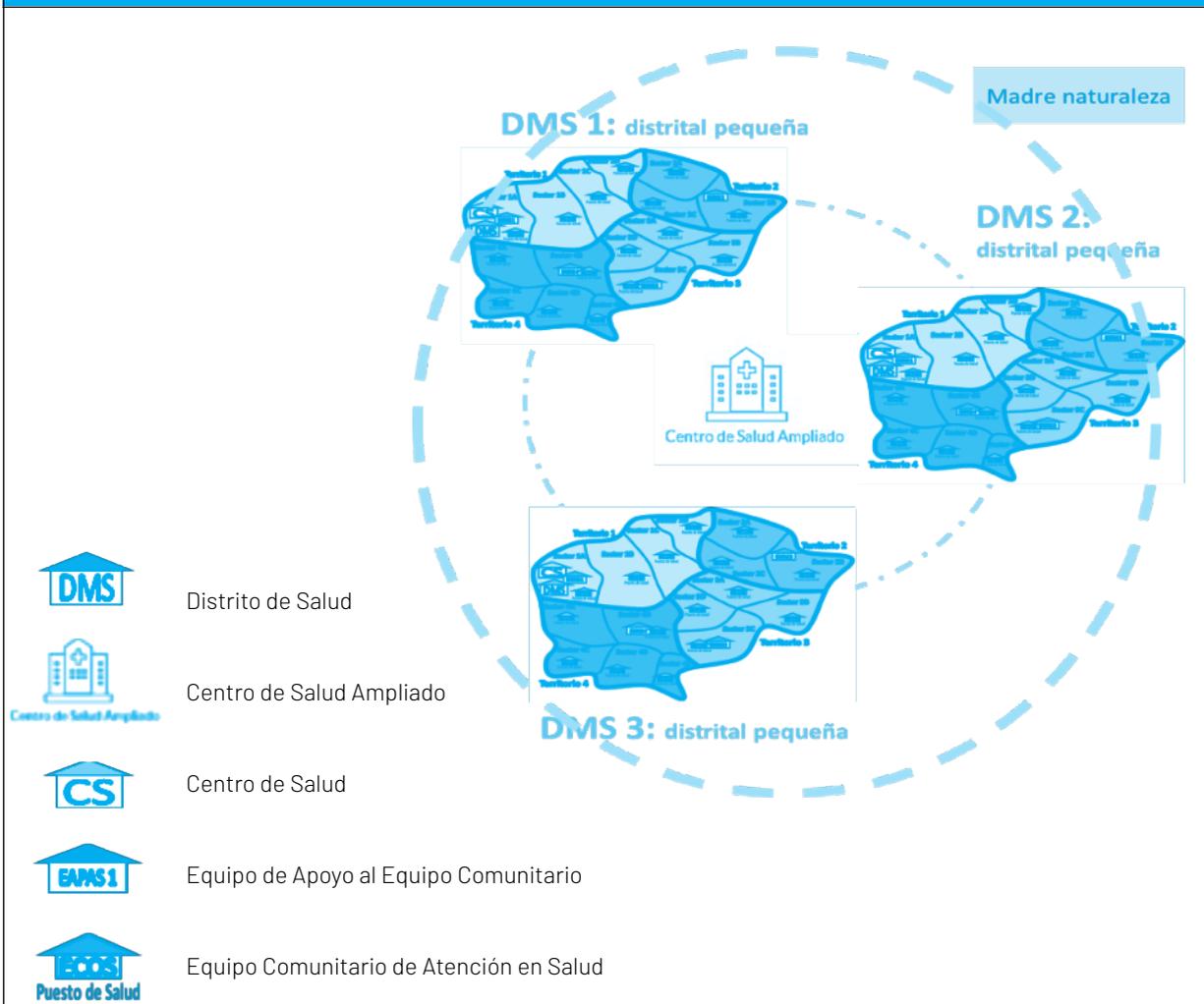
e. Redes Interdistritales: Este nivel de agregación no corresponde a una forma de organización de gestión en sí misma, ya que posee en su conformación varias unidades de gestión (DMS), sino más bien a un nivel de agregación para la coordinación de la gestión de la atención en el centro de salud ampliado. Este posee un perfil de equipo diferenciado, como se plantea en próximas secciones. La gestión de las redes interdistritales en sí misma, se encuentra a cargo de la Dirección de Área de Salud (DAS).

sociopolíticas y acceso, (dispersión, topografía, vías de comunicación, transporte) y todas las ya mencionadas en el CUADRO 23. Aproximadamente, cada una de las redes interdistritales estaría conformada por 1-3 redes distritales, lo que le correspondería un aproximado de 150,000 habitantes. FIGURA 17, se ejemplifica una red interdistrital conformada por tres redes distritales pequeñas cada una con su unidad de gestión y sus puntos de atención, que poseen en común la coordinación hacia el Centro de Salud Ampliado, el cual deberá ser ubicado de acuerdo a las características de accesibilidad y criterios establecidos.

Su organización considera también variables como población, epidemiología, condiciones

Figura 17

Redes interdistritales de salud



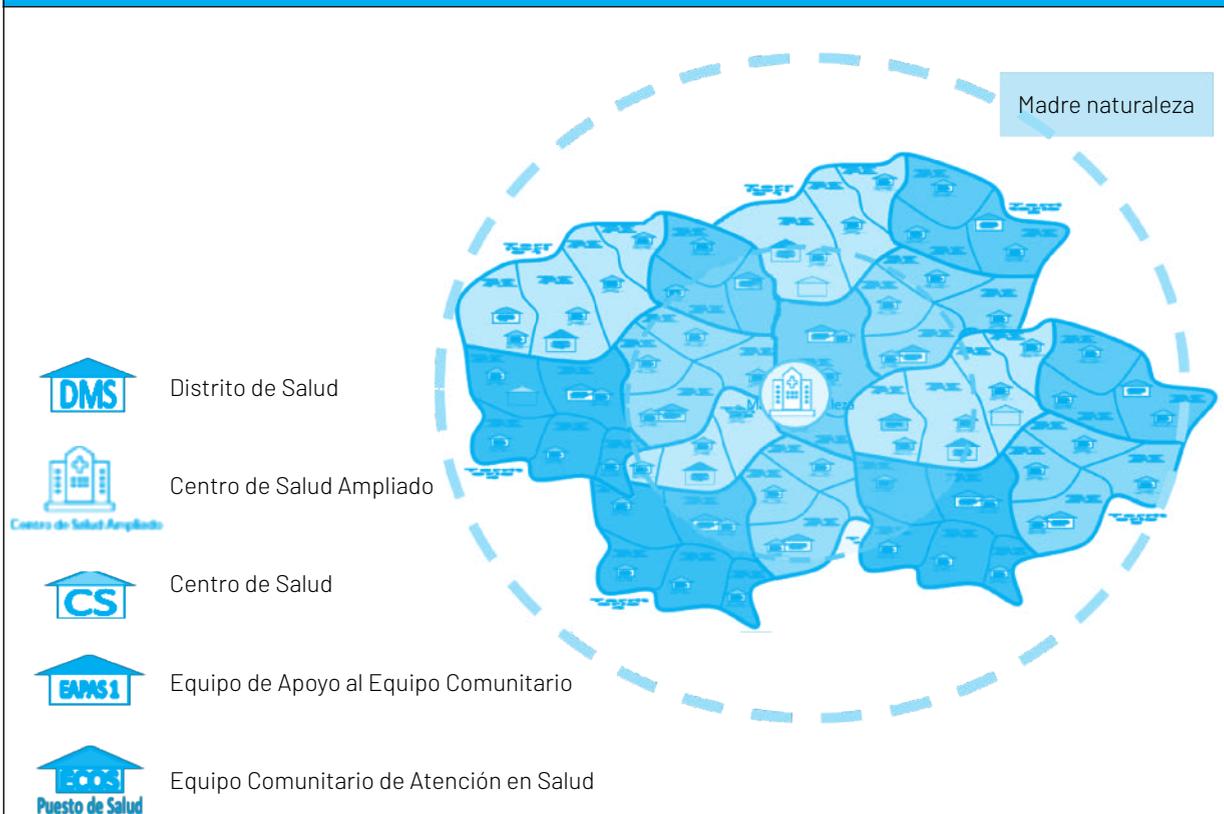
f. Red distrital mediana: Esta red se encuentra conformada por tres a cuatro redes locales. Esta agrupación debe considerar los criterios de planificación territorial definidos en el CUADRO 23, tales como epidemiológicos, condiciones sociopolíticas, de acceso (dispersión, topografía, vías de comunicación, transporte), entre otras; y, puede estar influenciada por la conformación de mancomunidades lingüísticas; o bien, por DMS cuya población por consenso decida organizarse conjuntamente bajo una denominación común.

Asimismo, cada red distrital mediana será una unidad de gestión distrital, donde se generarán mecanismos referentes a la gobernanza democrática, esto debido que los Distritos Municipales de Salud (DMS), pueden coincidir con un municipio. Para esta red, el 9.5% de los Distritos Municipales de Salud actuales poseen una con-

cordancia con el 7.5% de las municipalidades. Según la conformación de dichos distritos y su concordancia municipal se estima, una población aproximada de 100,000-200,000 habitantes para una red distrital mediana. (ver Cuadro 27).

Dentro de su conformación, posee al menos un Centro de Salud Ampliado, Centros de Salud para cada una de las redes locales que la conforman y los servicios y equipos de trabajo para el territorio y sector. Para ejemplificar, en la FIGURA 18, se muestra una red distrital mediana, conformada por cuatro redes locales y su relación con la madre naturaleza como sujeto. Cada red local, se encuentra conformada por territorios, cada uno dividido en sectores que agrupan comunidades. Para cada sector un puesto de salud, para cada territorio un equipo de apoyo, y para cada una de las redes locales un centro de salud.

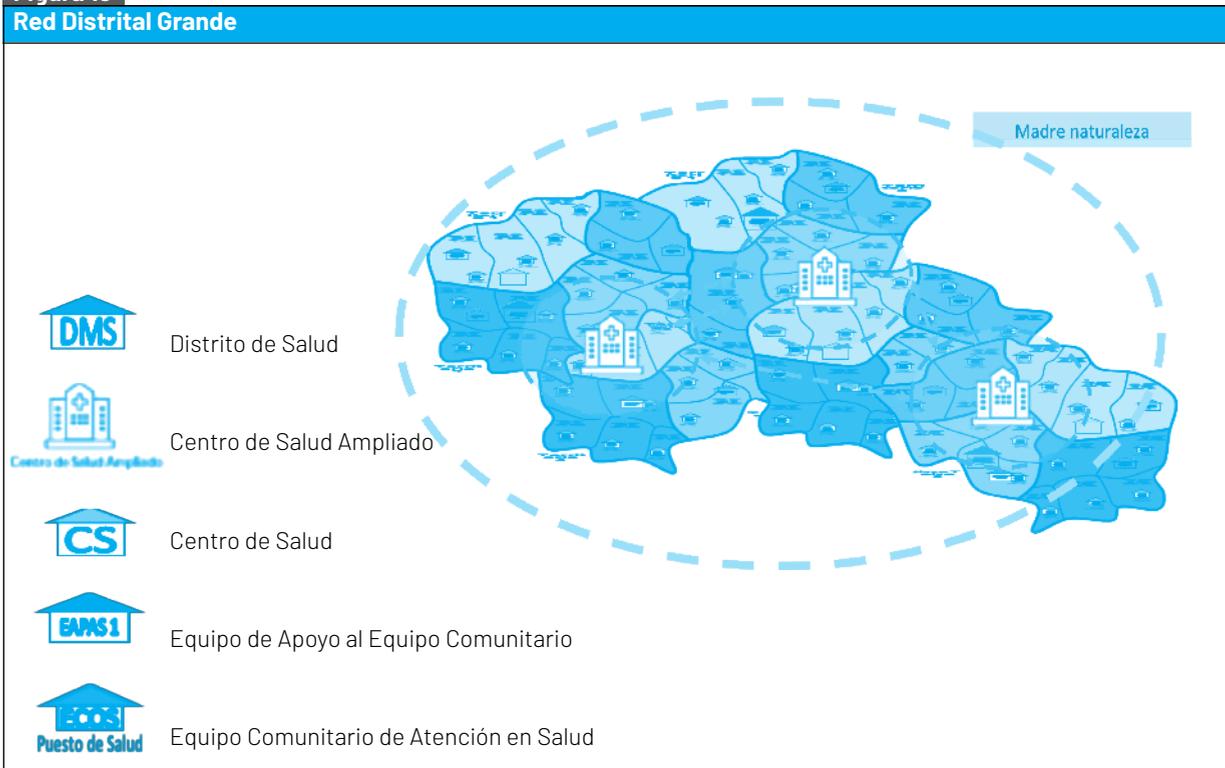
**Figura 18**  
**Red Distrital Mediana**



g. Red distrital grande: Esta red se encuentra conformada por más de cuatro redes locales, esta agrupación debe considerar los criterios de planificación territorial definidos en el CUADRO 23, tales como epidemiológicos, condiciones sociopolíticas, de acceso (dispersión, topografía, vías de comunicación, transporte), entre otras y, puede estar influenciada por la conformación de mancomunidades lingüísticas; o bien, por DMS cuya población por consenso decida organizarse conjuntamente bajo una denominación común.

Asimismo, cada red distrital grande será una unidad de gestión distrital, donde se generarán mecanismos referentes a la gobernanza democrática, esto debido que los Distritos Municipales de Salud (DMS), pueden coincidir con un municipio. Para esta red, el 0.5% de los Distritos Municipales de Salud actuales poseen una concordancia con el 1.5% de las municipalidades. Según la conformación de dichos distritos y su concordancia municipal se estima, una población aproximada mayor a 200,000 habitantes. (ver Cuadro 27).

**Figura 19**  
**Red Distrital Grande**



Dentro de su conformación, puede llegar a tener agrupadas a varias redes locales en redes intra-distritales que a su vez corresponden a Centros de Salud Ampliados, Centros de Salud para cada una de las redes locales que la conforman y los servicios y equipos de trabajo para el territorio y sector.

Para ejemplificar, en la FIGURA 19, se muestra una red distrital grande, conformada por cinco redes locales y su relación con la madre naturaleza como sujeto. Cada red local, se encuentra conformada por territorios, cada uno dividido en sectores que agrupan comunidades. Para cada sector un puesto de salud, para cada territorio un equipo de apoyo, y para cada una de las redes



Dentro de su conformación, tendrá a su cargo redes distritales, y su respectiva conformación en redes locales e intradistritales (centro de salud ampliado), centros de salud para cada una de las redes locales que la conforman, y los servicios y equipos de trabajo para el territorio y sector. Además, tendrá a su cargo la red hospitalaria correspondiente, siendo un Hospital tipo I de acuerdo a los criterios de planificación territorial sanitaria.

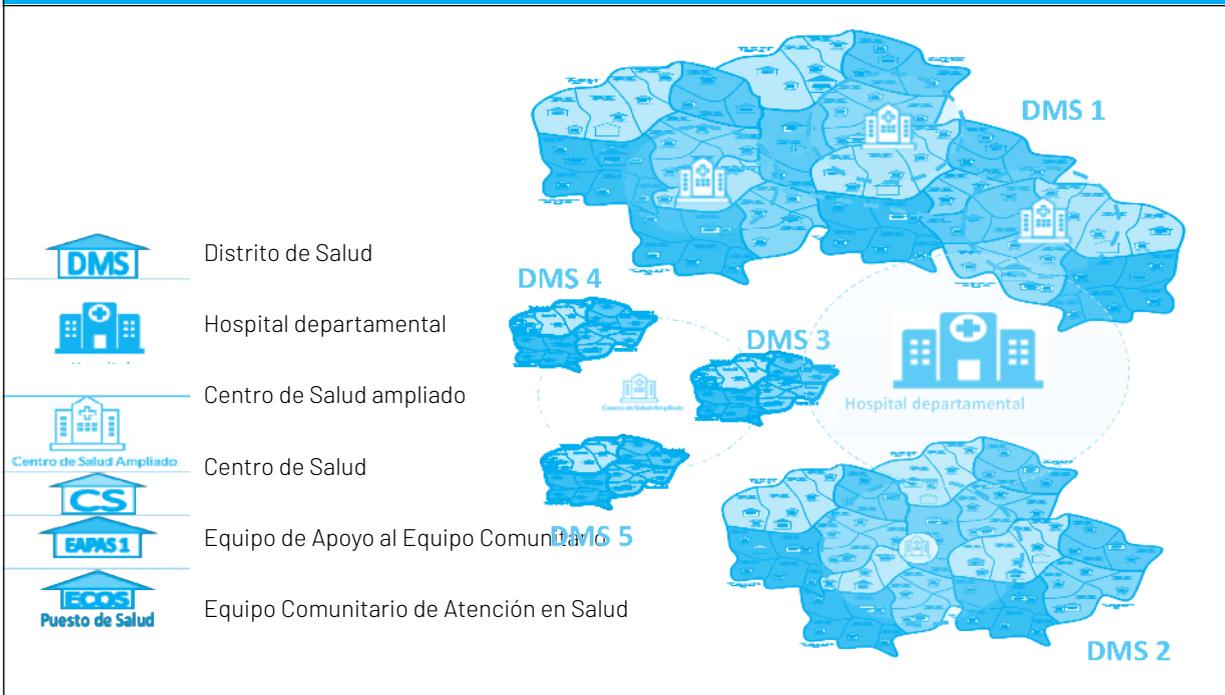
Las redes de áreas de salud desarrollarán sus procesos de rectoría estratégica y gobernanza

democrática a través de los equipos de las direcciones de áreas de salud (DAS). Las DAS se constituyen en unidades ejecutoras.

Para ejemplificar, en la FIGURA 20, se muestra una red de área, conformada por una red distrital grande, una mediana y una pequeña, en coordinación con un Hospital tipo I. Cada red local, se encuentra conformada por territorios, cada uno dividido en sectores que agrupan comunidades. Para cada sector un puesto de salud, para cada territorio un equipo de apoyo, y para cada una de las redes locales un centro de salud.

Figura 20

Red de Área de Salud



i. Redes regionales de salud: esta conformación de redes dependerá del nivel de agregación lógico por áreas de salud, tomando en consideración los criterios del CUADRO 23, u otros que se consideren importantes por las dimensiones territoriales y poblacionales regionales. La cantidad de áreas de salud

que conforman una red regional es variables dependiendo de los criterios antes citados, pero de acuerdo al conocimiento previo que se tiene de la red hospitalaria del país, se puede llegar a constituir más de cuatro regiones en todo el país.



Esta conformación en regiones no representa una unidad ejecutora en sí. Sin embargo, la gestión del funcionamiento de la red dependerá de la dirección de área de salud del departamento donde se ubique el Hospital Tipo II. Este hospital es el punto de atención que se propone para este tipo de red y es un centro asistencial fortalecido para responder a la demanda de atención de la

población que está cubierta bajo las redes de áreas de salud correspondientes.

La decisión de considerar este nivel de agregación regional y de configurar un hospital tipo II, dependerá del proceso de investigación que aproxime a realidades concretas esta reconceptualización de redes y al criterio de expertos dentro de la red hospitalaria actual.

**Cuadro 25**

**Redes distritales distribuidas por número de población para el cálculo aproximado de Distritos Municipales de Salud que se corresponden a Municipalidades.**

Red distrital	Población		DMS		Municipalidad	
Pequeña	<100 mil	No.	314	91.00%	286	82.90%
		Población	11,639,083	72.50%	9,969,483	62.00%
Mediana	100-200 mil	No.	29	8.40%	25	7.20%
		Población	3,874,972	24.10%	3,291,488	20.50%
Grande	>200 mil	No.	2	0.60%	6	1.75%
		Población	550,473	3.40%	2,803,557	17.45%

**Fuente:** Consolidado de Territorios por Área de Salud, MSPAS 2016.

### 3. Criterios Adicionales de Planificación Territorial para la planificación de la atención

Además de los criterios anteriormente descritos, es necesario ir desarrollando ciertos parámetros que permitan hacer procesos de planificación estandarizados y que son complementarios al trabajo que debe hacerse con la población, los equipos de salud de las unidades de atención, DMS o DAS.

El fin último es garantizar que la RASI se diseñe, planifique e implemente con criterios de equidad y revertir procesos de injusticia territorial que han incidido en la carencia de servicios públicos, específicamente de salud, en grandes segmentos de la población. Por ello se debe partir de las necesidades de la población y, en este caso, del desempeño previsible de la red de atención, para los procesos de ordenamiento territorial y

la definición de la estructura organizacional de la red. (Fuenzalida Díaz & Moreno Jiménez, 2010; Fuenzalinda Díaz et al., 2011)

Estas consideraciones deberán ser importantes para el desarrollo de red de atención de salud, sin embargo, en ningún momento deben considerarse como únicos y estáticos en el tiempo, además que deben ser cotejados con los procesos de definición de la red, con los equipos de salud y la población local.

Para los criterios, de estandarización y distancias será fundamental conocer los tiempos de desplazamientos mínimos y máximos de las comunidades hacia los servicios o puntos de atención. Los puntos de atención poseen objetivos y dinámicas de trabajo diferenciadas (intra o extramuros), en algunos casos se requerirá un tiempo de distancia entre la comunidad y los servicios de salud, o

bien, entre puntos de las redes de atención. Por lo cual no se esperaría un estándar de distancias y tiempos de locomoción universales para todo el país, sino se debe atender a las características particulares de cada comunidad.

Para el respectivo cálculo de distancias se tomará en cuenta los siguientes criterios de velocidad aproximada para la medición de tiempos de distancia:

**Cuadro 26**

**Velocidades mínimas y máximas por tipo de carretera y recubrimiento**

Tipo de Carretera por material de recubrimiento	Velocidad en (km/hora)
Carretera Asfaltada	60-80
Carretera no Asfaltada	45-60
Terracería	10-60

**Cuadro 27**

**Velocidades mínimas y máximas por tipo de viabilidad.**

Tipo de Vialidad	Velocidad en (km/hora)
Avenida	40-60
Boulevard	40-60
Calle	10-50
Calzada	40-60
Retorno	10-20
Viaducto	60-80

**Cuadro 28**

**Velocidades mínimas y máximas por tipo de viabilidad en caminos rurales.**

Tipo de Vialidad por dificultad	Velocidad en (km/hora)
<i>Camino Rural</i>	
Terreno plano	10-50
Terreno ondulado	10-40
Terreno Montañoso	10-30

A partir de los datos anteriores es posible entonces realizar una matriz, con lugares de origen, destino (puntos de atención), indicando distancias, tiempos y costos en que incurre la población, que implican los desplazamientos para cada segmento de la red.

Es importante indicar que estos aspectos son fundamentales para definir estrategias de

atención extramuros para garantizar el acceso de la población muy distante, a todos los tipos de atención posibles y sus seguimientos. Este tipo de acciones o tácticas operativas suponen cargas laborales que se deben cuantificar para el cálculo de las brechas de equipos de salud (personal), vehículos, entre otros.

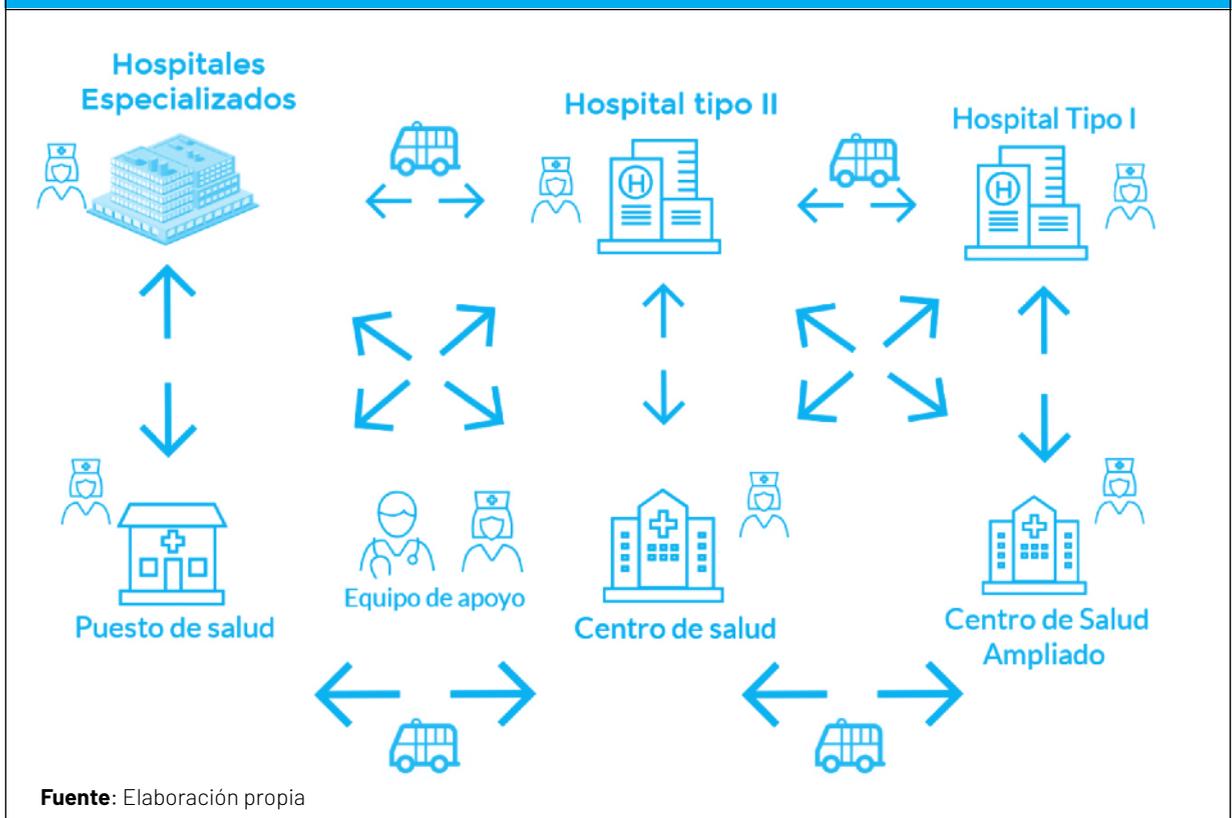
**Cuadro 29**

**Cuadro Resumen Ordenamiento de las Redes de Atención en Salud por equipo, ámbito y sede de trabajo**

	Equipo Comunitario de Atención en Salud –ECOS–	Equipo de Apoyo al equipo comunitario de atención en salud –EAPAS–	Equipo de Atención Integral de centro de salud	Equipo de Atención Integral de centro de salud ampliado	Equipo de atención integral en salud de hospitales
<b>Ámbito de trabajo</b>	Sector 1 o más comunidades Aprox. 2,500 habitantes	Territorio 1-6 sectores Aprox. 10,000 habitantes	Red Local / Red distrital pequeña 1-6 territorios Aprox. 0 – 100,000 habitantes	Red distrital mediana o grande o Red Interdistrital Aprox. Mayor a 100,000 habitantes	Red de área de salud y regiones. Tamaño poblacional variable, abarca varias redes distritales e interdistritales.
<b>Sede de trabajo</b>	Puesto de salud	Sede de EAPAS en territorio en Infraestructura ya existente.	Centro de Salud	Centro de Salud Ampliado	Hospitales
<b>Equipos de trabajo</b>	Equipos polifuncionales	Equipos polifuncionales y multidisciplinarios.	Equipos multidisciplinarios familiares integrales.	Equipos multidisciplinarios con especialidades básicas.	Equipos multidisciplinarios para abordaje integral según ciclo de vida.

**Figura 21**

**Red de Atención en Salud Institucional**



## B. Puntos de atención y objetivos específicos

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los puntos de atención y su objetivo específico.

Punto de atención	Descripción	Objetivos Específico
<b>Puesto de Salud</b>	Punto de atención definido como “puerta de entrada” de atención a la Red de Atención en Salud Institucional. Donde se lleva a cabo actividades de alta complejidad comunitaria y densidad tecnológica leve que permite la longitudinalidad de la atención, por medio de actividades intra y extramuros, de detección temprana y articulación comunitaria.	Realizar una atención integral e incluyente pautada en la multi concepción, perspectivas y atributos, con actividades intramuros y extramuros definidas para cada una de las estrategias comunitaria, familiar e individual. Procura la longitudinalidad y continuidad de la atención, tanto por los ECOS como EAPAS requiriendo apoyo cuando necesario del Centro de Salud. Realiza permanente vigilancia sociocultural de la salud, con mecanismos de generación de conocimiento por medio de un proceso de investigación sanitaria local.
<b>Centro de Salud</b>	Punto de atención definido como segundo contacto de atención de la Red de Atención Institucional que procura complementar actividades del puesto de salud por medio de una programación previa para actividades intramuros y extramuros y densidad tecnológica mayor, por medio de una gestión y soporte mayor.	Realizar una atención integral e incluyente pautada en la multi concepción, perspectivas y atributos y bases fundantes con actividades intramuros y extramuros, de programación previa en conjunto con el puesto de salud, sobre el diseño programático y permanente vigilancia sociocultural de la salud. Establece mecanismos de generación de conocimiento por medio de un proceso de investigación y análisis sanitario local en conjunto con el puesto de salud. Activa la coordinación y articulación con los otros componentes de la RAS, en las redes distritales. Especialmente con las redes ancestrales y populares de salud, para referencias y contra referencias. Además, proporciona espacios destinados para la formación estratégica de los equipos comunitarios y de apoyo.
<b>Punto de atención</b>  Centro de Salud Ampliado	Punto de atención definido como tercer contacto de atención de la Red de Atención Institucional que procura complementar actividades del centro y puesto de salud por medio de una programación previa para actividades intramuros y extramuros y densidad tecnológica mayor, análisis de salud sociocultural y trabajo matricial en red. Puede considerar atención quirúrgica programada y de urgencia. Punto de atención para emergencias y urgencias médicas.	Realizar una atención integral e incluyente pautada en la multi concepción, perspectivas y atributos, con actividades intramuros y extramuros, de programación previa en conjunto con el puesto y centros de salud, sobre el diseño programático y vigilancia sociocultural de la salud. Desarrolla atenciones quirúrgicas, con necesidades de encamamiento de corta estancia. Mecanismos de generación de conocimiento por medio de un proceso de análisis de salud. Activa la coordinación y articulación con los otros componentes de la RAS, en las redes distritales. Especialmente con las redes ancestrales y populares de salud, para referencias y contra referencias. Además, proporciona espacios destinados para la formación estratégica de los equipos comunitarios y de apoyo.

Continúa...

Punto de atención	Descripción	Objetivos Específico
<p><b>Hospital General (Integral) Tipo I</b></p>	<p>Punto de atención definido como referencia del Centro de Salud Ampliado. Donde se llevan a cabo actividades de complejidad clínica mayor y densidad tecnológica dura y leve-dura que permite la longitudinalidad de la atención, por medio de actividades intramuros por medio de un fuerte componente en estrategia individual y familiar, organizada por Unidades de Atención Integral por Ciclo de Vida, tanto para encamamiento como controles requeridos y coordinados con otros miembros de la red previamente en mecanismos de trabajo matricial y actividades de seguimiento extramuros y participación en actividades comunitarias y de vigilancia sociocultural.</p> <p>Punto de atención para emergencias y urgencias médicas que requieren tratamiento hospitalario; o por el caso la comadrona, TM refiera.</p>	<p>Realizar una atención integral e incluyente pautada en la multiconcepción, perspectivas y atributos, con actividades intramuros y extramuros definidas en el diseño programático, mediante un trabajo transdisciplinario permanente, procurando la longitudinalidad y continuidad de la atención, por medio de la coordinación permanente con la red, para altas hospitalarias y seguimientos, además, de realizar actividades permanentes de formación en otros puntos de atención de la red.</p> <p>Realizar vigilancia socio-cultural permanente en red y en conjunto otros miembros de la red; con mecanismos de generación de conocimiento por medio de un proceso de investigación sanitaria regional.</p>

Punto de atención	Descripción	Objetivos Específico
<p><b>Hospital de Sub-especialidades y trasplante</b></p>	<p>Punto de atención definido como referencia del Hospital General Tipo I, previa discusión matricial de la terapéutica. Donde se llevan a cabo actividades de complejidad clínica mayor y densidad tecnológica dura que permite la longitudinalidad de la atención, por medio de actividades intramuros por medio de un fuerte componente en estrategia individual y familiar, organizada por Unidades de Atención Integral por Ciclo de Vida, tanto para encamamiento como controles requeridos y coordinados con los hospitales tipo I y II en mecanismos de trabajo matricial y actividades de seguimiento extramuros y participación en actividades institucionales y de vigilancia sociocultural, además de comunitarias a demanda.</p> <p>Punto de atención para procedimientos clínicos electivos y casos de recepción de órganos y trasplante de referencia a nivel nacional.</p>	<p>Realizar una atención integral e incluyente pautada en la multiconcepción, perspectivas y atributos, con actividades intramuros y extramuros definidas para cada una de las estrategias, en un trabajo transdisciplinario permanente procurando la longitudinalidad y continuidad de la atención, por medio de la coordinación permanente con la atención primaria y resto de secundaria, para un proyecto terapéutico de acción conjunta en toda la red para casos de difícil manejo. Realizar actividades permanentes de formación en otros puntos de atención.</p> <p>Realizar vigilancia socio-cultural permanente con otros miembros de la red; con mecanismos de generación de conocimiento por medio de un proceso de investigación sanitaria nacional.</p>

NOTA: de acuerdo al análisis que se haga con expertos en atención hospitalaria y con base a la aproximación a territorios concretos de la presente reconceptualización, se deberá definir la necesidad de establecer hospitales por regiones del país, que tentativamente se denomina como Hospitales Tipo II.



**Figura 22**

**Capacidad resolutiva por punto de atención, costos y estructura organizativa en cada uno de los niveles de agregación territorial.**



**Fuente:** elaboración propia a partir de BID, 2018

### C. Gestión de personal por equipos de salud

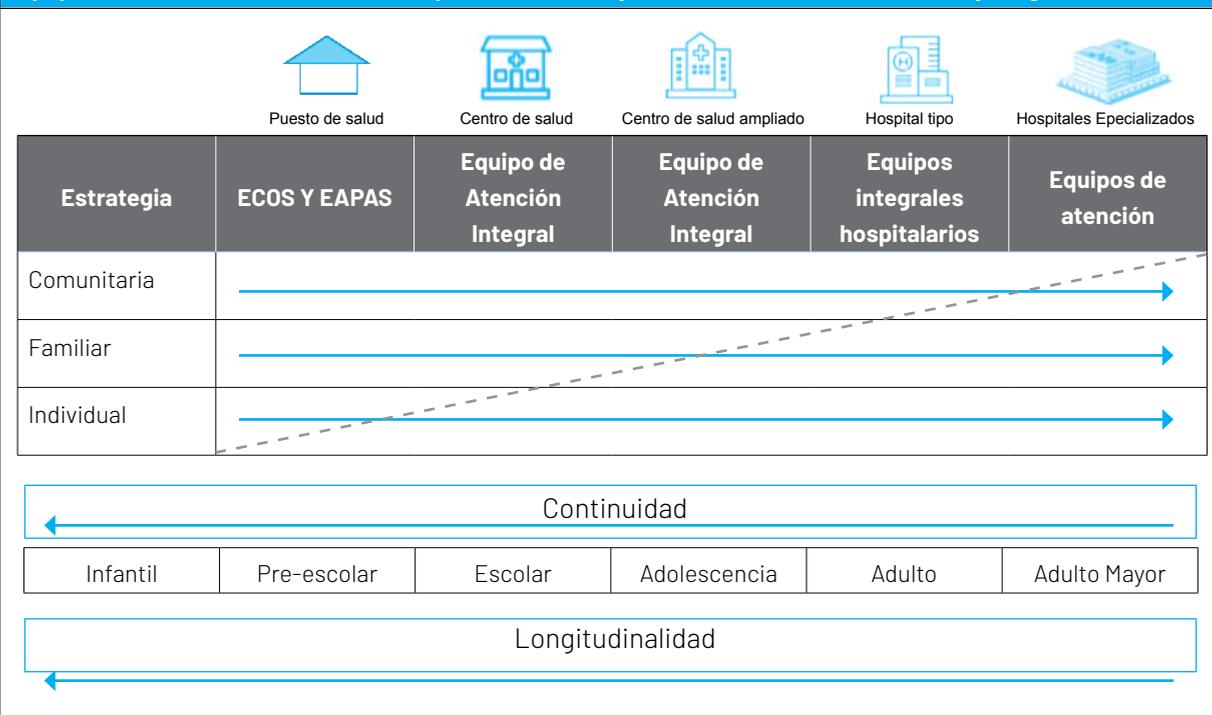
El personal a cargo en los diferentes puntos de atención de la red posee un perfil polifuncional, participando en las actividades de los programas comunitario, familiar e individual, según perfil profesional y trabajando en equipo. Se deberán generar capacidades para la gestión de la atención, la vigilancia en salud socio cultural y la participación en procesos de formación permanente, de acuerdo al punto de atención de la red que se trate.

De tal manera, como se ejemplifica en la FIGURA 23, los equipos de los diferentes puntos de atención tienen responsabilidad diferenciadas en actividades de los tres programas definidos. Por ello se gráfica una línea punteada, indicando la diferente carga laboral de los equipos en lo comunitario, familiar e individual. Por ejemplo, los hospitales debieran tener menor responsabilidad en actividades de promoción de la salud a nivel comunitario, pero si debiendo garantizar la articulación de la red para atender en atenciones colectivas y familiares, a cada persona atendida en los puntos de atención hospitalarios, de acuerdo a la necesidad identificada.



**Figura 23**

**Equipos de atención en los diferentes puntos de la red y su relación con la continuidad y longitudinalidad**



A continuación, se presentan la integración de los equipos en cada punto de atención, indicando perfiles profesionales, funciones generales y procesos de formación estratégicos para la atención y vigilancia en salud integral e incluyente.

1. Equipo comunitario de atención integral en salud (ECOS).

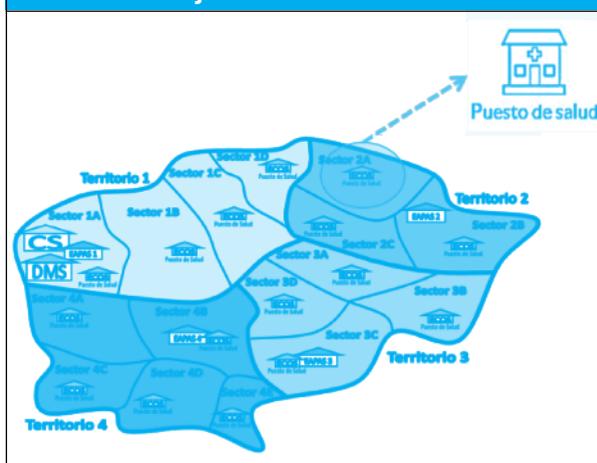
El equipo comunitario de atención en salud es aquel que posee a su cargo la población adscrita a un sector (FIGURA 24), realizando actividades intra y extramuros a nivel comunitario, familiar y comunitario, con un puesto de salud como punto de atención intramuros y de reunión para actividades de gestión. Se encuentra conformado por Técnicas/os en Enfermería o Licenciadas/os en Enfermería.

Este personal consiste en auxiliares de enfermería que pasaron por un proceso de formación

estratégica para cumplir con el perfil solicitado, con una formación intensiva y permanente acorde a la reconceptualización del modelo y redes de atención.

**Figura 24**

**Equipo comunitario de atención integral de salud y su área de trabajo a nivel de sector.**



## 2. Equipo de Apoyo al Equipo comunitario de Atención Integral (EAPAS).

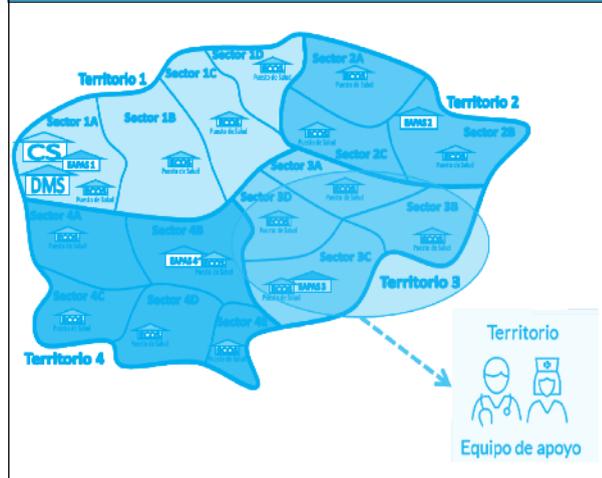
El equipo de apoyo al equipo comunitario de atención integral, posee a su cargo un territorio (FIGURA 25) como encargados de sector, además de su papel en la coordinación del programa, ya que se involucrará activamente en los tres programas a todos los ciclos de vida coordinando actividades y apoyando tecno-pedagógicamente al equipo comunitario. También poseen un papel importante en la gestión y comunicación con otros puntos de la red como pautado en los mecanismos de vinculación y coordinación abordados anteriormente.

Se plantea una conformación para cada uno de los encargados de los programas comunitario, familiar y comunitario con capacidad de atención avanzada de urgencias en campo, por medio de su recertificación constante. El equipo se encuentra conformado por la siguiente plantilla de personal:

- **Encargada/o Programa Comunitario:**
  - o Técnico/a de salud rural o trabajo social, con diplomado en epidemiología;
- **Encargada/o Programa Familiar:**
  - o Psicología, trabajo social y/o enfermería
- **Encargada/o Programa Individual;**
  - o Profesional de medicina familiar y comunitaria
  - o Profesional de enfermería familiar y comunitaria
- **Asistente de Información:**
  - o Bachiller en computación

**Figura 25**

**Equipo de apoyo de atención en salud y su área de trabajo a nivel de territorio.**



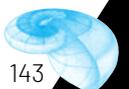
## 3. Equipo de atención integral de Centro de Salud

Este equipo de atención se encuentra con una población adscrita a una red local, donde desarrollará actividades del programa comunitario, familiar e individual, intra y extramuros, según sus resultados específicos. Además, el equipo de trabajo se caracteriza por ser polifuncional con capacidad de movilización hacia los diferentes sectores, ubicado en una infraestructura física para la realización de actividades intramuros. Coordina con el personal del Centro de Salud Ampliado para realización de actividades en la red local.

Este equipo genera mecanismos de formación y apoyo permanente al equipo de apoyo de atención en salud y equipos comunitarios, además, funciona como centro de formación estratégica para la especialización en Medicina familiar y comunitaria.

La plantilla de personal debe considerar personal permanente y turnistas en tiempos rotativos para la atención integral e incluyente a nivel individual, familiar y comunitario, además de personal de apoyo de laboratorio y servicios varios.

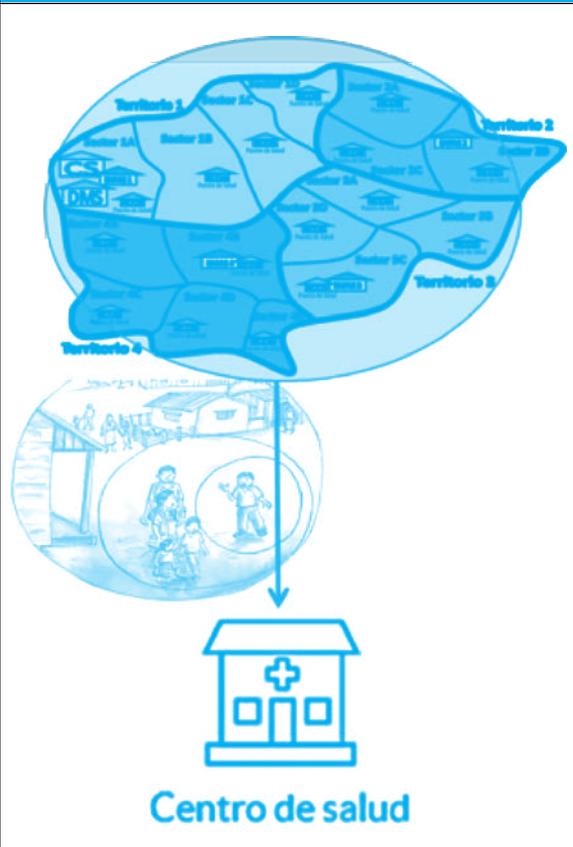
El personal tiene responsabilidades por programa, pero comparten tareas como equipo, para



garantizar la integración de las acciones de los tres programas.

**Figura 26**

**Equipo de atención integral adscrito a una red local con infraestructura intramuros en Centro de Salud.**



- **Encargada/o Programa Comunitario**
  - o Inspectoría de saneamiento ambiental.
  - o Trabajo social.
- **Encargada/o Programa Familiar**
  - o Psicología social.
  - o Trabajo social.
  - o Fisioterapia (de acuerdo al perfil local).
  - o Nutrición familiar y comunitaria.
- **Encargada/o Programa Individual**
  - o Especialista en Medicina familiar y comunitaria;
  - o Licenciatura en Enfermería con especialidad en enfermería familiar y comunitaria

o Odontología.

• **Personal de apoyo**

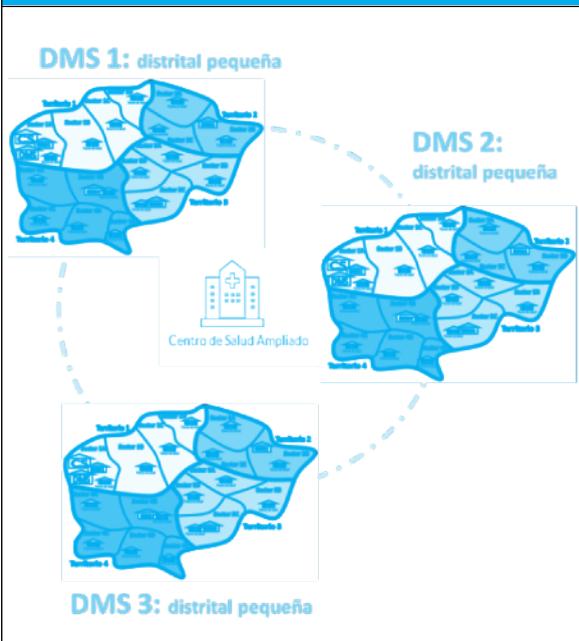
- o Auxiliar de enfermería (apoyo atención clínica y odontológica);
- o Asistente farmacéutico;
- o Técnica (o) de laboratorio;
- o Servicios varios.

- **Equipo de referencia:** Para garantizar, la continuidad y longitudinalidad de la atención a nivel de centro de salud debe poseer un equipo de referencia. El equipo de referencia se conforma por un profesional de cada programa comunitario, familiar e individual que tiene la conducción de casos de dificultad clínica mayor en procesos de abordaje multidisciplinario y seguimiento a los proyectos terapéuticos familiares e individuales, que se brindan a lo largo de la red.

4. Equipo de atención integral de Centro de Salud Ampliado

**Figura 27**

**Equipo de atención integral adscrito a una red interdistrital con infraestructura intramuros en Centro de Salud Ampliado (CSA). En algunos casos el CSA corresponde a una red mediana o grande.**



El equipo de atención integral posee a su cargo una población dispensarizada proveniente de una red interdistrital, una red mediana o grande, de acuerdo a los criterios de planificación establecidos.

Desarrollan actividades tanto a nivel de centro de salud ampliado como centro de salud. Además, posee actividades intra y extramuros para toda la población adscrita, según su grado de responsabilidad y resultados de atención.

Cada uno de los miembros del equipo participa en actividades del programa comunitario, familiar e individual, de acuerdo a las necesidades de atención integral y garantizar la continuidad de la atención a lo largo de la red.

El equipo de centro de salud ampliado debe trabajar en una perspectiva transdisciplinaria

o multidisciplinaria en las atenciones mediante intervenciones que se denominan proyectos terapéuticos integrales.

Se incorporan categorías profesionales pensando en el abordaje integral requerido en el diseño programático. El personal deberá ser formado en el proceso estratégico de residencia multiprofesional en salud de la familia y comunidad, que se propone como parte de las RASI.

Posee dentro de su polifuncionalidad, también un equipo gestor de casos que sirve de puente de comunicación entre los puntos de atención, y asegura la continuidad y longitudinalidad del cuidado. Se encuentra conformado por la planilla descrita en el CUADRO 29.

**Cuadro 30**

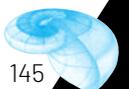
**Categorías profesionales para el Centro de Salud Ampliado**

**Categorías profesionales  
(Todas con residencia multiprofesional en salud de la familia y comunidad)**

Gineco-obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional de la salud con magíster en gestión pública / administración hospitalaria.</li> </ul>
Medicina Interna	
Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional para realización de prácticas complementarias para la integralidad según perfil socio-cultural y epidemiológico<sup>7</sup></li> </ul>
Cirugía general	
Traumatología	
Anestesiología	
Odontología	
Licenciatura en Química farmacéutica	
Licenciatura en Química biológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional de las siguientes áreas de conocimiento<sup>8</sup>:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Profesorado en artes plásticas e historia del arte o</li> <li>o Profesorado en educación básica</li> </ul> </li> </ul>
Enfermera profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciatura en Educación física, deporte y recreación</li> </ul>
Psicología social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina física y rehabilitación</li> </ul>
Trabajo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropología</li> </ul>
Nutrición familiar y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingeniero ambiental o similar</li> </ul>
Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veterinario magíster en salud pública</li> </ul>
Secretaría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de Lavandería</li> </ul>
Encargado (a) de Bodega y archivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardián</li> </ul>
Técnico de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encargado (as) de intendencia</li> </ul>
Inspectoría de saneamiento ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piloto</li> </ul>
Auxiliares Enfermeros (as)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar de Bodega</li> </ul>
Cocineros (as)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico de mantenimiento</li> </ul>

7 Podrán ser identificadas especialidades de otras disciplinas como aromaterapia, apiterapia, tai-chi, ayurveda, yoga, bio-danza, y otras.

8 Figura articuladora para el arte-terapia, baile circular, musicoterapia, expresión corporal y soporte tecno-pedagógico para mejorar las competencias de enseñanza popular en todos los profesionales.



## 5. Organización hospitalaria por equipos multidisciplinarios

Un hospital compatible con la lógica de trabajo en redes debe fundamentar su organización en un modelo integral de atención en salud, centrado en la persona, la familia y la comunidad (Artaza et al., 2011), teniendo en cuenta los procesos de reproducción social, pertinencia intercultural, género y diversidad de la población.

Por lo tanto, esta propuesta pauta la organización hospitalaria de acuerdo a las necesidades de abordajes individuales, familiares y generar información útil para el programa comunitario. Además desarrolla abordajes multidisciplinarios que potencien el trabajo para alcanzar la resolutivez del proceso salud-enfermedad. Actualmente, en los hospitales el abordaje es disciplinar por especialidad médica y no permite un abordaje integral de la persona, esto se intenta solventar por medio del uso de la interconsulta para lidiar con esa dificultad.

Sin embargo, la interconsulta presenta múltiples problemas desde la forma en la que se realiza, dificultad de obtener información de vuelta, omisión de contenidos como por fallos del proceso de comunicación, y se producen en pacientes complejos con edad avanzada, en su mayor parte ingresados de urgencia y con alta estancia y mortalidad hospitalarias. Existen dificultades con esta forma de trabajo y se puede alcanzar mejoras sustanciales con una comunicación adecuada realizados de forma verbal entre el solicitante y el consultor (Montero Ruiz, Rebollar Merino, García Sánchez, et al., 2014; Montero Ruiz, Rebollar Merino, Melgar Molero, et al., 2014).

Consecuentemente, se plantean la organización en equipos integrales multidisciplinarios de aten-

ción, asignados a una unidad de atención integral por ciclo de vida, intensivo o urgencias médicas y psicosociales. Estos equipos integrales, se caracterizan por ser la plantilla básica de personal, que de acuerdo a las características socio-epidemiológicas culturales pueden ampliarse o adaptarse. Se entiende que a estos grupos de plantilla fija pueden incorporarse estudiantes de las diferentes áreas del conocimiento y grado académico (licenciatura, maestría, especialización y sub-especialización), que reforzarán los equipos pero no los sustituyen.

Los equipos integrales además, disminuirán en gran medida las principales interconsultas por medio de un abordaje multidisciplinario y decisión conjunta de la terapéutica, con personal encargado tanto de lo individual con requerimientos de acuerdo a cada núcleo de conocimiento, como de lo familiar y comunitario, y podrán realizar consultas con el equipo consultor. El equipo consultor es aquel constituido por subespecialistas, que por su grado de especialización poseen requerimientos puntuales por los equipos esenciales.



Cuadro 31

Equipos integrales de unidad de atención integral por ciclo de vida para servicios de internamiento hospitalario en trabajo multidisciplinar.

HOSPITAL TIPO I y II									
Unidad De Atención Integral Canguro	Unidad De Atención Integral Al Redón Nacido	Unidad De Atención Integral Al Infante	Unidad De Atención Integral Al Adolescente	Unidad De Atención Integral A La Mujer	Unidad De Atención Integral Al Hombre	Unidad De Atención Integral Al Adulto Mayor			
Pediatra	Pediatra	Pediatra	Pediatra	Pediatra	Medicina Interna	Medicina Interna	Gineco-obstetricia		Geriatría Medicina Interna
Neonatología	Neonatología	Psicología	Psicología	Psicología			Proctología y Urología		
Obstetra	Obstetra	Nutricionista	Nutricionista	Nutricionista					Nutricionista
Psicología	psicología		Trabajo social						Nutricionista
Fonoaudiología	Nutricionista		Trabajo social						Trabajo social
Nutricionista	Nutricionista		Profesorado en educación						Trabajo social
Trabajo social	Trabajo social		Profesorado en educación						Psicología
Fisioterapia pediátrico			Fonoaudiólogo				Fisioterapia		Psicología
Odontología			Terapeuta ocupacional				Terapeuta ocupacional		
Psiquiatría pediátrica							Odontología		
							Patología		Psiquiatría
Enfermeros			Enfermeros		Enfermeros		Enfermeros		Enfermeros
Auxiliares de enfermería			Auxiliares de enfermería		Auxiliares de enfermería		Auxiliares de enfermería		Auxiliares de enfermería
Medicina familiar y comunitaria en rotación hospitalaria			Medicina familiar y comunitaria en rotación hospitalaria		Medicina familiar y comunitaria en rotación hospitalaria		Medicina familiar y comunitaria en rotación hospitalaria		Auxiliares de enfermería
<p align="center"><b>Equipo gestor de casos</b></p> <p align="center"><b>1 médico (a) cualquier especialidad, 1 enfermería, 1 trabajo social, psicología</b></p> <p align="center"><b>Equipo consultor (subespecialidades y otras)</b></p>									

**Cuadro 32**

**Equipos integrales de unidad de atención integral por ciclo de vida para servicios de internamiento intensivo en trabajo multidisciplinar.**

Equipo Integral de la Unidad de terapia intensiva neonatal	Equipo Integral de la Unidad de terapia intensiva de pediatría	Equipo Integral de la Unidad de terapia intensiva de adultos
Intensivista neonatal	Intensivista pediátrico	Intensivista de adultos
Neonatología	Pediatría	Medicina Interna
Enfermería intensivista	Enfermería intensivista	Enfermería intensivista
Fonoaudiólogo intensivista / logoterapia	Fonoaudiólogo intensivista / logoterapia	Fonoaudiólogo intensivista
Fisioterapeuta intensivista	Fisioterapeuta intensivista	Fisioterapeuta intensivista
Químico Farmacéutico	Químico Farmacéutico	Químico Farmacéutico
Químico biólogo	Químico biólogo	Químico biólogo
Terapia respiratoria	Terapia Respiratoria	Terapia respiratoria
Nutricionista	Nutricionista	Nutricionista
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería
Técnico de rayos X	Técnico de rayos X	Técnico de rayos X
Psicología	Psicología	Psicología
Trabajo Social	Trabajo Social	Trabajo social
Equipo consultor		

**Cuadro 33**

**Ejemplo de Equipos Integrales de unidad de atención de urgencias.**

Equipo Esencial de la Unidad de Urgencias de Adultos
Médico de Urgencias Certificado Vigente ACLS
Médico internista
Especialista en cirugía de urgencias
Traumatología y ortopedia
Enfermería profesional
Químico Farmacéutico
Químico biólogo
Terapia respiratoria
Nutricionista
Auxiliar de enfermería
Técnico de rayos X
Psicología
Trabajo Social
Equipo consultor y de apoyo

**Cuadro 34**

**Conformación de equipos consultor mínimo en Hospital tipo I**

Categorías profesionales	
Cardiología pediátrica	Cardiología de adultos
Nefrología pediátrica	Nefrología de adultos
Cirugía Pediátrica	Cirugía General
Intensivistas	Dermatología
Gastroenterología	Ortopedia y traumatología
Anestesiología	Técnicos de anestesia
Terapistas respiratorios	Neurología
Especialista en enfermedades infecciosas	Neurocirujano
Oftalmólogo	
Radiología clínica	Ingeniero Industrial y/o Sanitario con maestría en salud pública

<b>Cuadro 35</b>		
<b>Conformación de equipos consultor mínimo en Hospital tipo II</b>		
<b>Categorías Profesionales</b>		
<b>Cardiología pediátrica</b>		<b>Cardiología de adultos</b>
<b>Medicina intensivista neonatal</b>	<b>Medicina intensivista pediátrico</b>	<b>Medicina Intensivista de adultos</b>
Neumología pediátrica		Neumología de adultos
Nefrología pediátrica		Nefrología de adultos
Cirugía Pediátrica		Cirugía General
Dermatología		Gastroenterología
Ortopedia y traumatología		Anestesiología
Neurología		Cirugía de cabeza y cuello
Cirugía Torácica		Cirugía bariátrica
Cirugía Cardiovascular		Cirugía plástica / transexualizante
Cirugía del aparato digestivo		Coloproctología
Trasplantes		Angiología
Neurocirugía		Intensivista pediátrico
Oncología pediátrica		Oncología de adultos
Genética médica		Reumatología
Cirugía Maxilo-facial		Terapistas respiratorios
Técnicos de anestesia		Radiología Intervencionista y angiorradiología
Ingeniero Industrial y/o Sanitario con maestría en salud pública		Enfermería con técnico en urgencias médicas ACLS
Medicina de urgencias certificado ACLS		Técnico en rayos X

## 6. Formación estratégica para la consolidación de la Red de Atención Institucional

Todo proceso de transformación de las redes de atención debe realizarse mediante la formación de profesionales con nuevas competencias para poder desarrollar la gestión y la atención establecidas, de acuerdo al nuevo modelo y de redes de atención.

Aunque las necesidades de formación dentro del MSPAS están presentes en prácticamente todo su personal, en este apartado sólo se apuntan algunas que se consideran esenciales para el desarrollo de las RASI.

En general, para todo el personal del MSPAS, técnico o administrativo, se debieran desarrollar procesos de capacitación intensiva como parte de los procesos de implementación de un nuevo modelo y de redes de atención como las que se proponen. Estos procesos de capacitación son los que abren las posibilidades de avanzar en la transformación de la RASI, tanto en el plano de la gestión como de la atención.

En referencia a los equipos comunitarios integrales de salud (ECOS), que trabajan en puestos de salud, se plantea la necesidad de transitar de auxiliares de enfermería a enfermería profesional. Por ello, se deberían hacer programas de



nivelación buscando ampliar las capacidades de atención. Esto supondría establecer condiciones laborales acordes a estas nuevas competencias profesionales y responsabilidades laborales.

En el caso de los equipos de apoyo a los equipos comunitarios (EAPAS), se establecería la formación en salud familiar y comunitaria integral, para el personal de enfermería y medicina. Lo que supondría procesos de formación en servicio (capacitación), buscando elevar competencias de atención acordes al modelo y a las redes de atención. Esto implica que los puntos de red distrital se debieran ir constituyendo como centros de formación.

Con relación a los equipos de atención integral tanto de Centro de Salud y centros de salud ampliado, existiría el proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria integral. Para las otras categorías profesionales que no son de enfermería o de medicina, se implementaría la residencia multiprofesional en salud de la familia y la comunidad, que genera competencias de atención integral en los niveles comunitarios,

familiares e individuales, independientemente de la categoría profesional.

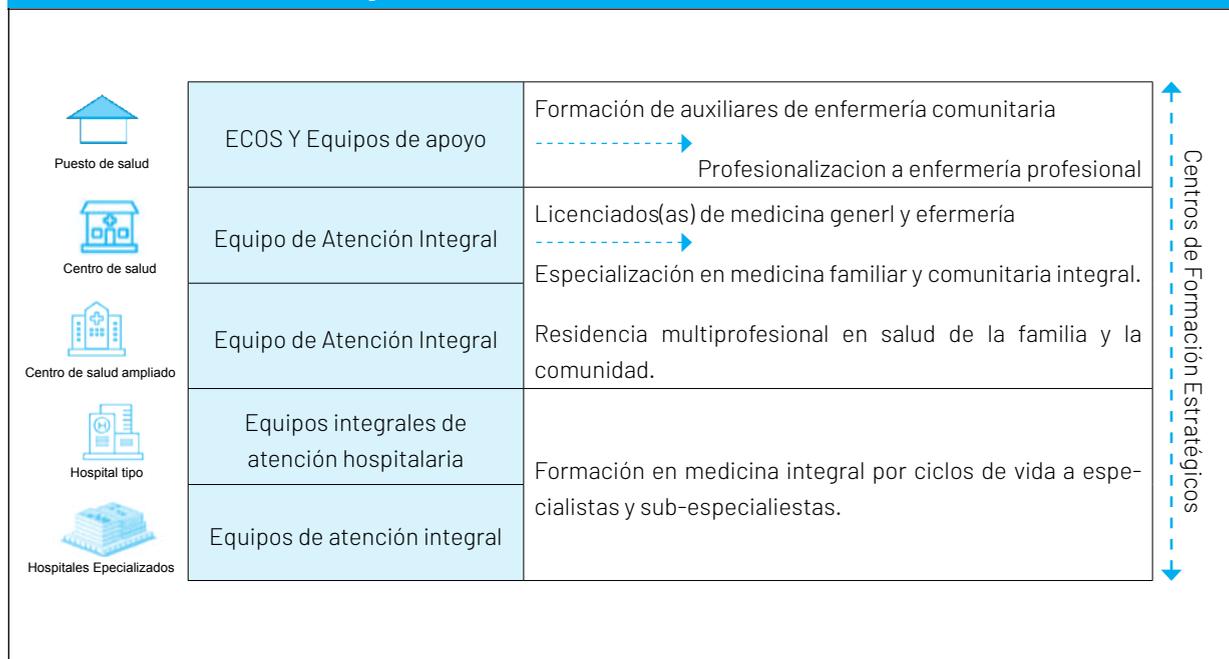
Asimismo, en el marco de trabajo de la red institucional todos los profesionales adscritos a hospitales deberán aprobar una formación en medicina integral por ciclos de vida para especialistas y subespecialistas, para potenciar el trabajo en red.

Con ello se buscaría preparar competencias del personal hospitalario en los abordajes integrales de atención individual, contextualizando cada caso en lo familiar y comunitario. De igual manera permitiría una formación del trabajo en red, para establecer procesos de continuidad y longitudinalidad de la atención a lo largo de toda la red.

Un aspecto fundamental es que los proyectos terapéuticos que se establezcan en los centros de salud ampliados u hospitales deben ser responsabilidad de todos los puntos de atención a los que la persona, familia o comunidad están adscritos. Estos procesos de formación estratégica se resumen en la Figura 28.

**Figura 28**

**Procesos de formación estratégica en la red de atención institucional**



## D. Ambientes arquitectónicos mínimos para Centro de Salud y Centro de Salud Ampliado

La estructura organizacional de la RASI, abarca a todos los puntos de atención. No obstante, no es posible abarcar en esta publicación todos los aspectos de infraestructura, pues ello depende de desarrollo posterior que complete esta propuesta de reconceptualización.

A continuación, se presentan los cuadros 28 y 29, donde se presentan los ambientes mínimos considerados para los centros de salud y centros de salud ampliados. Se debe considerar que en

Guatemala se cuenta con una infraestructura de centros de salud, centros de atención permanentes (CAP), centros de atención integral materno infantiles (CAIMI), maternidades, policlínicos, entre otros.

Una vez se tengan más avances en la reconceptualización y se hagan validaciones en territorios concretos se podrá establecer con mayor claridad si estos ambientes mínimos que se apuntan deben replantearse.

Todo esto es de suma importancia para posteriormente poder determinar las brechas de infraestructura, equipos e insumos necesarios para el funcionamiento de la red.

**Cuadro 36**

Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud Ampliado			
Ambientes	Área Unitaria (m2)	Cantidad de Ambientes	Área total (m2)
Área de recepción y espera para usuarios	1.2	1 con capacidad para 60 personas	72
Sanitario Colectivo	1.7	1	1.7
Área para silla de ruedas de uso interno	3	1	3
Sanitario para personas con discapacidad	3.2	1	3.2
Sala de Triage	9	2	18
Sala de atención social	8	1	8
Sala para examen odontológico	10	1	10
<b>Área de desembarque de ambulancia</b>	21	1	21
Cuarto de camillas y sillas de ruedas	6	1	6
Sala de urgencia y emergencia	16 / camilla exploración	4	64
<b>Consulta médica</b>			
Consultorio de medicina familiar	7.5	2	15
Consultorio de pediatría	7.5	1	7.5
Consultorio de gineco-obstetricia	7.5	1	7.5
Consultorio de odontología	9	1	9
Consultorio de Psicología	7.5	1	7.5
Consultorio indeferenciado para interconsultas	7.5	1	7.5
Consultorio indeferenciado interconsultas	7.5	1	7.5
Sala de Fisioterapia	23	1	23
Espacio multipropósito	23	1	23

Continúa...



**Cuadro 36**

**Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud Ampliado**

Ambientes	Área Unitaria (m2)	Cantidad de Ambientes	Área total (m2)
<b>Apoio diagnóstico y terapéutico</b>			
Sala de reanimación cardio-pulmonar	23	1	23
Sala de electrocardiografía	8	1	8
Sala de sutura y curaciones	10.8	1	10.8
Sala de nebulización colectiva	1.6	8	12.8
Sala de aplicación de medicamentos y rehidratación (en sillas)	5	8	40
Sala de radiología general	23	1	23
Sala de revelamiento	4	1	4
Laboratorio	16	1	16
Sala de toma de muestras	8	1	8
<b>ÁREA VERDE</b>			
Sala de partos individual con sillón de acompañamiento familiar	16	1	16
Legrados	16	1	16
Quirófanos	36	2	72
Recuperación y monitoreo pos-parto / operatorio mediano	6 por cama	4	24
Sala neonatal cuando no permita alojamiento conjunto o para NALS	5m2 por incubadora	3	15
Sala de procedimientos	8	1	8
<b>OBSERVACIÓN Y ESTABILIZACIÓN</b>			
Puesto de enfermería	6	1	6
Sala de servicios	6	1	6
Sala de observación colectiva adultos	8.5 / cama	1 con 6 camas	51
Sala de observación pediátrica	8.5/ cama	1 con 6 camas	51
Baño para paciente interno observación	4.8	2	9.6
Cuarto individual de corta duración para casos especiales y de riesgo psicosocial	10	1	10
Baño de cuarto individual	4.8	1	4.8
<b>APOYO ADMINISTRATIVO</b>			
Sala de dirección	12	1	12
Sala de reuniones	2/ persona	10 personas	20
Sala Administrativa e informática	5.50/ persona	5 personas	27
Archivo	6	1	6
Puesto de vigilante	4	1	4
Sanitario	1.7	1	1.7
<b>APOYO TÉCNICO E LOGÍSTICO</b>			
Farmacia	4	1	4
Bodega	3	1	3

Continúa...



**Cuadro 36**

Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud Ampliado			
Ambientes	Área Unitaria (m2)	Cantidad de Ambientes	Área total (m2)
Sala de ropa sucia	7	1	7
Sala de ropa limpia	7	1	7
Lavandería	14	1	14
Comedor para funcionarios	1 por persona	10 personas	10
Cuarto para funcionarios	5 por persona	2 personas	10
Vestuario central para funcionarios	0.5/ persona / turno	2	20
Sanitario para funcionarios	3.2	2	3.2
Depósito material de limpieza	2.2	1	2.2
Sala de almacenamiento temporal de residuos	4	1	4
Energía alternativa	23	1	23
Área central de gases clínicos	8.6	1	8.6
Sala de esterilización	10	1	10
<b>Subtotal</b>			946.1
<b>25% de paredes y circulación</b>			236.525
Estacionamiento			
Garage para ambulancia			
<b>Área mínima estimada</b>			1182.625

**Cuadro 37**

Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud			
Ambientes	Área Unitaria (m2)	Cantidad de Ambientes	Área total (m2)
Área de recepción y espera para usuarios	1.2	1 con capacidad para 60 personas	72
Sanitario Colectivo	1.7	1	1.7
Área para silla de ruedas de uso interno	3	1	3
Sanitario para personas con discapacidad	3.2	1	3.2
Sala de atención social	8	1	8
Sala para examen odontológico	10	1	10
<b>Consulta médica</b>			
Consultorio de medicina familiar	7.5	1	7.5
Consultorio de odontología	9	1	9
Consultorio de Psicología	7.5	1	7.5
Consultorio indiferenciado para interconsultas	7.5	1	7.5
Consultorio indiferenciado para interconsultas	7.5	1	7.5
Centro multipropósito			

Continúa...



**Cuadro 37**

**Programa Arquitectónico Mínimo para Centro de Salud**

Ambientes	Área Unitaria (m2)	Cantidad de Ambientes	Área total (m2)
Área Verde			
Sala de partos individual con sillón de acompañamiento familiar	16	1	16
Recuperación y monitoreo pos-parto / operatorio mediato	6 por cama	4	24
Recuperación nutricional materna e infantil	6 por cama	4	24
<b>Apoio diagnóstico y terapéutico</b>			
Sala de sutura y curaciones	8	1	8
Sala de aplicación de medicamentos y rehidratación (en sillas)	5	8	40
Laboratorio	16	1	16
Sala de toma de muestras	8	1	8
<b>APOYO ADMINISTRATIVO</b>			
Sala de dirección	12	1	12
Sala de reuniones	2/ persona	10 personas	20
Sala Administrativa e informática	5.50/ persona	5 personas	27
Archivo	6	1	6
Puesto de vigilante	4	1	4
Sanitario	1.7	1	1.7
<b>APOYO TÉCNICO E LOGÍSTICO</b>			
Farmacia	4	1	4
Bodega	3	1	3
Comedor para funcionarios	1 por persona	10 personas	10
Cuarto para guardián	5 por persona	1	5
Vestuario central para funcionarios	0.5/ persona / turno	2	20
Sanitario para funcionarios	3.2	2	3.2
Depósito material de limpieza	2.2	1	2.2
Sala de almacenamiento temporal de residuos	4	1	4
Energía alternativa	23	1	23
Área central de gases clínicos	8.6	1	8.6
Sala de esterilización	10	1	10
<b>Subtotal</b>			436.6
<b>25% de paredes y circulación</b>			109.15
Estacionamiento			
Garage para ambulancia			
Torre de almacenamiento de agua			
<b>Área mínima estimada</b>			545.75





# CAPÍTULO XI

## Gestión y soporte

Es el macroproceso que garantiza de manera oportuna y eficaz el aprovisionamiento y administración de los recursos (humanos, financieros, tecnológicos, tangibles e intangibles) necesarios para el óptimo funcionamiento de la red y el aseguramiento de la continuidad de la atención. Se define como un macroproceso de soporte que responde a las necesidades de la red y la población desde una perspectiva de derechos.

El macroproceso de GESE cuenta con procesos y subprocesos que se presentan a continuación y que deben contar con un mecanismo de monitoreo y evaluación periódica a lo interno de la institución, que permita tener una apreciación cualitativa y cuantitativa del avance de las actividades y el logro de los resultados esperados, del desempeño del personal, entre otros. La metodología e instrumentos de evaluación se desarrollarán acorde a la especificidad de cada proceso y de ser posible, de manera automatizada. Estos mecanismos se complementan con los procesos del macroproceso de gestión de la calidad (GEA).

### A. Procesos, subprocesos y actividades

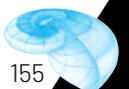
#### 1. Gestión del talento humano:

Este proceso garantiza la disponibilidad oportuna del recurso humano calificado y competente para la ejecución del plan maestro, preparando las condiciones y realizando todas las gestiones administrativas y financieras necesarias, previas a dar inicio a las contrataciones del personal, posteriormente recluta, selecciona y contrata

al personal competente que cumpla con el perfil pre-establecido para cada puesto, asegurando capacitación permanente de las tecnologías necesarias para la implementación del modelo atención, este proceso también desarrolla formación permanente (Escuelas formadoras) de talento humano para futuras contrataciones, asegurando la disponibilidad del recurso para todos los ciclos de implementación de la red de atención a nivel nacional.

- **Gestión puestos y dotación:** genera las condiciones para la contratación de personal acorde a la política laboral institucional, específicamente, generados las estructuras administrativas tales como puestos y perfiles, la programación presupuestaria y la planificación anual de las contrataciones, entre otras. También desarrolla las actividades de reclutamiento, selección y contratación del recurso humano de forma oportuna.
- **Desarrollo del talento humano:** implementa los procesos de formación de personal nuevo acorde a nuevos perfiles necesitados (auxiliares de enfermería con enfoque en salud familiar y comunitaria). Esto se desarrolla a través del fortalecimiento de las escuelas nacionales de enfermería y escuelas técnicas.

Así mismo el fortalecimiento de competencias del personal contratado a través de capacitaciones permanentes de tecnologías (programas y tácticas operativas) y evaluaciones de desempeño periódicas a fin de identificar debilidades y fortalezas en el ejercicio de sus funciones. Esto



último requiere de actividades de formación de competencias en las bases teóricas, metodológicas e instrumentales del modelo y la RASI, las cuales se realizan en talleres con metodologías participativas.

También se considera necesario realizar procesos de formación estratégica que son explicados en el proceso de atención y vigilancia en salud sociocultural. Estos procesos estratégicos están dirigidos a generar competencias de atención integral de acuerdo al diseño programático, perspectivas y atributos.

**Una vez esté establecidos los planes maestros con base a esta reconceptualización y sus desarrollos posteriores, se podrá generar un proceso de definición de política de recursos humanos que permita orientar y coordinar los esfuerzos de formación de centros formadores y universidades del país.**

## 2. Gestión financiera:

Este proceso garantiza la disponibilidad oportuna de los recursos económicos a todos los procesos de gestión de la red, desde su formulación hasta la ejecución de los pagos por servicios y otros.

- **Presupuesto:** Este subproceso gestiona la formulación, (re)programación y ejecución del presupuesto, acorde a la planificación operativa y estratégica multianual, para brindar el soporte económico y presupuestario para la ejecución de todos los procesos sustantivos de la red de atención.
- **Contabilidad:** A este subproceso le corresponde la recepción, revisión y aprobación de expedientes para pago a proveedores y al personal, por medio del comprobante único de registro.

- **Tesorería:** En este subproceso se gestiona y ejecuta el pago a los proveedores, y se gestiona y ejecuta el pago de salarios y honorarios que envían revisados y aprobados desde contabilidad.

## 3. Gestión administrativa:

Es el proceso que garantiza la adquisición transparente y provisión oportuna de los bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la red de atención, asegurando la continuidad de la atención, esto incluye también los subprocesos adicionales de inventariado y bodega.

- **Compras y contrataciones:** basada en la Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento y conforme a las modalidades establecidas en ley, en este subproceso se adquieren los bienes y servicios necesarios para el correcto funcionamiento de la red de atención, conformando para lo mismo los planes anuales de compras (PAAC), gestionando las bases de adquisición y de compras en el sistema de Guatecompras y ejecutando las mismas.
- **Inventario:** en este inscriben, actualizan y se da egreso a los activos fijos en el registro consolidado de la Dirección de Bienes del Estado. Incluye el control y registro de las asignaciones de bienes al personal a través de tarjetas de responsabilidad, para su uso.
- **Bodega:** abarca el registro, almacenamiento, control y abastecimiento de materiales y suministros adquiridos como apoyo al funcionamiento de la red de atención, incluidos los que se destinan a la conservación y reparación de los activos fijos, y los destinados a consumo final como insumos de limpieza, de oficina, productos sanitarios, etc.



#### 4. Gestión de la información

Su objetivo es brindar el conocimiento de la situación de salud de las poblaciones donde se desarrolla el modelo de atención; así como planificar, monitorear y evaluar todas las actividades e intervenciones de soporte, brindando un registro confiable de la información, para su posterior análisis.

- **Infraestructura de información y comunicación:** gestiona la disponibilidad, calidad y puntualidad de la información. Desarrolla las plataformas de almacenamiento, archivo, condensación y recuperación de los datos registrados. Gestiona la adquisición, instalación, mantenimiento de la infraestructura física del sistema de información.
- **Diseño e integración de soluciones de información:** transforma los datos en información como evidencia y conocimiento que orientan las acciones en salud. Gestiona la accesibilidad de la información a tomadores de decisiones, así como a la población a través de datos abiertos de salud y el acceso a la información pública de salud.
- **Análisis diseño y desarrollo:** Identifica las características y requerimientos de información que el sistema debe poseer (análisis). Identifica las características para implementarlo de forma efectiva (diseño) y desarrollo nuevas herramientas según los requerimientos analizados.
- **Administración de Bases de Datos:** diseña, implementa y da mantenimiento al sistema de base de datos.
- **Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT):** forma competencias en equipos de salud y de gestión de la información, y es responsable del acompañamiento

para el uso del sistema de información. Da el soporte técnico regular a los equipos de computación y a los usuarios del sistema en relación con los programas de uso, incluyendo sus actualizaciones.

#### 5. Gestión logística

Este proceso es el responsable de la adquisición y distribución oportuna de todos los insumos farmacéuticos y afines, y equipo médico, para el adecuado abastecimiento de todos los puntos de atención de la red, que asegure la continuidad de la atención; así como responsable de activar la red de distribución nacional, a través de control de rutas de distribución y control de vehículos.

- **Gestión farmacéutica, de afines y equipo médico:** Este subproceso garantiza la programación, adquisición, disponibilidad, control de inventario, almacenamiento y distribución de medicamentos y productos afines, de equipo e insumos de apoyo diagnóstico y de materiales y suministros médicos, de forma oportuna, eficiente y eficaz a toda la red de atención a nivel nacional.
- **Gestión del transporte sanitario:** El subproceso de gestión del transporte sanitario tiene por objetivo dinamizar los flujos y contraflujos de personas y productos de soporte para el funcionamiento de la Red de Atención en Salud. Por ejemplo, usuarios y equipos de trabajo desde y hacia los puntos de atención, así como la distribución de medicamentos, afines y distribución de informes laboratoriales y de soporte clínico terapéutico.

#### 6. Infraestructura

Este proceso es de suma importancia para garantizar las instalaciones físicas necesarias para la implementación de la estrategia de la red de atención, este proceso engloba el mantenimien-



to preventivo y correctivo de la infraestructura existente, y la planificación, diseño, ejecución de eventos de construcción y supervisión de obras nuevas, o en su caso la búsqueda y selección de inmuebles para arrendamiento, en condiciones y calidades que garanticen una adecuada atención de los servicios.

- **Planificación y diseño:** El objetivo de este subproceso es desarrollar el conjunto de planos generales y específicos necesarios, para la ejecución de proyectos de construcción de obras para la red de atención, con base en un plan maestro de infraestructura, desarrollado a partir de la identificación de brecha en la primera etapa de implementación de la red. Este proceso estará a cargo de un equipo de profesionales quienes serán los responsables del proceso del desarrollo del plan maestro.
- **Supervisión:** Este subproceso concentra todas las actividades a nivel nacional necesarias para llevar a cabo Supervisión de obras, en proceso de construcción con la finalidad que permita verificar que se cumplan a cabalidad las especificaciones técnicas establecidas en las bases de licitación o coti-

zación para este tipo de obras, identificando calidad de materiales tiempos reales de cumplimiento de obra, diseño y acabados, y todos los aspectos técnicos especiales para cada construcción.

- **Reparación y remozamiento:** El subproceso de reparación y remozamiento de edificios, incluye la identificación de daños en las instalaciones que tienen en uso toda la red de atención en salud, la planificación de la reparación y/o remozamiento, el requerimiento de compras de materiales y herramientas de construcción, y la ejecución de la obra con base a la planificación anual.
- **Registro y regularización de infraestructura:** El subproceso de registro y regularización de infraestructura contempla una serie de acciones administrativas y legales necesarias para la inscripción en la Dirección de Bienes del Estado del Ministerio de Finanzas Públicas, y en el Registro General de la Propiedad, todo bien inmueble que ha sido entregado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para uso, en calidad de donación, compra, adscripción o por construcción de obra nueva.





# CAPÍTULO XII

## Gestión de la calidad (GEA)

Este macroproceso busca la construcción del sistema de gestión de la calidad en todos los procesos, tecnologías, cultura organizacional y la atención a las usuarias y los usuarios de la RASI. Se basa en la consolidación de las perspectivas del derecho a la salud, la equidad, la pertinencia intercultural y el respeto a la madre naturaleza, como fundamentos éticos, políticos, metodológicos y técnicos de transformación del sistema de salud. Enfatiza la medición y el control de la eficiencia, eficacia y la calidad en el desempeño de todo el ciclo de gestión de la RASI y en su relación con el resto de los componentes de la RAS, así como la gestión de la mejora continua e innovación hacia el alcance de los objetivos de acceso, integración (continua y longitudinal) e integralidad de la atención y la confiabilidad, seguridad y satisfacción de esta.

### A. Procesos, subprocesos y actividades

#### 1. Planificación y organización:

Este proceso desarrolla la formulación de las políticas de calidad de la institución (RASI) y para el trabajo entre instituciones del sector (RAS). Define la planificación estratégica y operativa (estableciendo objetivos, metas, indicadores, actividades de evaluación y resultados) y el diseño y aplicación de la organización de los procesos y estructuras institucionales (ejemplo: el sistema de gestión de la calidad), que de mejor forma garantice el alcance de los objetivos establecidos por este. En esta primera parte de implementa-

ción de la RASI, incluye únicamente la revisión de las políticas institucionales, planes y organización de las redes de atención con el objeto de garantizar que las mismas puedan desarrollar sus procesos de medición y control y mejoramiento e innovación continua.

- **Formulación y conducción de políticas de calidad:** analiza e incorpora en la Política Institucional (POI) los componentes de gestión de la calidad para permitir su correcta medición y mejoramiento continuo.
- **Planificación de calidad:** analiza e incorpora en la Planificación Estratégica Institucional (PEI), en los Planes Estratégicos Territoriales (PET), en las Planificaciones Anuales Operativas (POA) y las Agendas Técnicas Locales (ATOL) los indicadores de gestión de la calidad definidos en el plan de seguimiento para los mismos.
- **Diseño y organización de la calidad:** diseña y analiza los procesos, estructuras e indicadores (de eficiencia, eficacia y perspectivas) que las redes de atención utilizan para administrar, controlar y mejorar sus procesos de rectoría y gobernanza, de atención y regulación y los de gestión y soporte, y su relación e impacto en la calidad de atención y satisfacción de las y los usuarios.

#### 2. Medición y control:

Este proceso incluye el desarrollo y establecimiento de los instrumentos de medición en un sistema de monitoreo y evaluación que continua-



mente supervisa las desviaciones a la planificación, las normas y/o los indicadores propuestos en el diseño de la calidad del sistema. Construye y responde de forma preventiva o frente a desviaciones con escenarios de respuesta pre planificados cuyo objetivo es mantener la estabilidad y garantías del sistema. En esta primera etapa de implementación se desarrolla una ruta crítica de implementación con un tablero de indicadores de calidad y seguimiento a la gestión para cada uno de los procesos de implementación de la RASI, en cada uno de sus ciclos de implementación, lo cuales se monitorean y sus desviaciones son gestionadas de forma preventiva o reactiva, a partir de escenarios de trabajo pre planificados.

- **Medición:** Estableces los instrumentos de medición y comunicación de indicadores (tablero de indicadores), ejecuta las actividades de medición continua y alerta sobre toda desviación al diseño de la gestión de la calidad propuesto en el plan maestro.
- **Control:** Analiza los resultados de las mediciones e indicadores, calcula o demuestra la recurrencia de los sucesos, e identifica (y prioriza) a partir de estos, las amenazas y las vulnerabilidades de los planes y/o procesos frente a éstas, priorizando aquellas controlables por la gestión. Diseña y establece previamente escenarios de contingencias de cada proceso y los ejecuta preventiva o reactivamente frente a las desviaciones en el sistema.

### 3. Mejoramiento e innovación continua:

Este proceso incluye la definición y ejecución de los planes de desarrollo y mejora continuo para el fortalecimiento de los procesos, tecnologías, cultura organizacional y la atención a las y los usuarios que han sido identificados como perfectibles. Incluye además los procesos de acreditación de la calidad de procesos (entre otros) y la gestión de la innovación de estos. En esta primera parte de implementación, desarrolla únicamente los planes de fortalecimiento propuestos ante las necesidades de mejora identificadas de la RASI.

- **Mejoramiento continuo:** A partir de los resultados de la medición y control, el mejoramiento continuo desarrolla y ejecuta un plan de acción de apoyo integral a los procesos y equipos de trabajo que necesitan fortalecimiento, así como el establecimiento de prácticas integrativas en la cultura organizacional de las redes que fortalezcan competencias relacionadas a los problemas encontrados. Cuando necesario, desarrolla nuevas propuestas de integración entre los procesos de rectoría y gobernanza, de atención y regulación y los de gestión y soporte.





# CAPÍTULO XIII

## La espiral de la salud

La reconceptualización de la Red de Atención en Salud (RAS), implica cambios sustanciales en el Ministerio de Salud y en sus redes de atención en salud institucional (RASI), como en el conjunto de todos los componentes de la RAS.

Lo que se propone es una transformación de la RASI, que envuelve cambios legales, normativos, de planificación técnica y presupuestaria, técnicos y administrativos, que abarcan a todo el MSPAS. Además, afecta las formas y contenidos de las relaciones establecidas con otras instituciones, organizaciones o componentes de la RAS, y de la sociedad en su conjunto.

Si bien es un cambio con contenido social y basado en derechos, afecta de sobremanera dimensiones políticas o de poder, económicas, culturales, laborales, administrativas e ideológicas, dentro y fuera del sistema de salud.

Por ello, es importante hacer algunos apuntes de contexto, de implicaciones de la propuesta para la democracia en el campo de la salud y de la estrategia del trabajo de ISIS para avanzar en este proceso de transformación. En síntesis, explicar el sentido de la Serie Hacia una Reforma de Salud Integral e Incluyente de la cual este documento es su primera publicación.

### A. El contexto de la transformación de las redes de atención en salud

El contexto nacional, del sistema de salud y, en específico, del MSPAS, es el escenario donde

se dan las posibilidades de transformación o de cambio a partir de la reconceptualización de la red de atención que se hace en este documento.

A continuación, se anotan algunos aspectos de contexto institucional del MSPAS y del sistema de salud que se consideran fundamentales:

- La ausencia de proyectos de nación o programas nacionales que generen condiciones e impulsen las transformaciones necesarias en dimensiones relevantes que significan obstáculos mayúsculos para una propuesta de transformación de la RASI. La dimensión laboral, donde la creciente flexibilización laboral, heredada de los noventa, imposibilita la carrera administrativa de los y las trabajadoras. Generando incertidumbre, falta de motivación, identificación y compromiso con el trabajo. La dimensión administrativa, relacionada con varios procesos algunos de ellos muy significativos como la inadecuación del marco legal para las compras y contrataciones desde el Estado en materia de salud.
- La dimensión financiera, relacionada con el bajo gasto público social y de salud, imposibilitando generar condiciones redistributivas y una política de salud que reduzca el gasto de bolsillo. Este último tiene un efecto negativo en la economía familiar de los hogares pobres y en extrema pobreza, y aún de la clase media.



- El MSPAS carece del liderazgo para conducir el sistema de salud de acuerdo a una política de corto, mediano y largo plazo. Esto no permite superar las exclusiones e inequidades históricas en la atención de salud, contribuir a la mejora de las condiciones de vida y de salud de la población, y fortalecer las acciones regulatorias como parte de la protección y promoción de la salud. Un sistema de salud segmentado y fragmentado incapaz de atender las necesidades y problemáticas de salud de forma coherente, pertinente y con suficiencia, en un escenario de largo plazo.
- Ausencia de legitimidad de la institucionalidad pública ante los diferentes actores, organizaciones, instituciones y de la sociedad en general. Un imaginario social no a favor de lo público por su falta de transparencia y creciente corrupción; ausencia de calidad, ineficiencia e ineficacia para cumplir con su misión en la atención y regulación en salud. Acciones sanitarias enmarcadas en la exclusión de múltiples necesidades y de amplios sectores de la población. La constante discriminación, el racismo, enfoques limitados de género, entre otros.
- Enfoque y prácticas de participación social de carácter instrumental, para cumplir de manera voluntaria con acciones sanitarias de beneficio social. Sin metas de empoderamiento y fortalecimiento organizacional para acciones de promoción y prevención de la salud, actuando sobre riesgos, condicionantes y la determinación social de la salud (intersectorialidad). Ausencia de formas de participación a lo largo de los niveles de atención y de la estructura del MSPAS, que permitan una acción social en el ciclo de política pública y en prácticas permanente de rendición de cuentas, abriendo la posibilidad de la fiscalización social<sup>9</sup>
- Debilidad en el relacionamiento con autoridades y terapeutas de los pueblos ancestrales. Un énfasis en el trabajo vertical con las abuelas comadronas por el enfoque de riesgo materno infantil del MSPAS y excluyendo a otros terapeutas o sanadores con amplia actuación en la resolución de problemas de salud desde otros modelos de salud.
- Debilidad administrativa a todos los niveles que se manifiesta en operaciones lentas, ineficientes e incompetencia para enfrentar los retos que una transformación como la que se propone pueda realizarse.
- Frágil conducción interna que se traduce en una permanente violación de las normas establecidas, acciones de corrupción diversas y una autonomía caótica en las unidades ejecutoras y puntos de atención. Lo que genera redes o nichos de poder entre personas y estructuras ministeriales, que obstaculizan cualquier cambio que busque la transparencia, el cumplimiento de normas y un redireccionamiento de las acciones sanitarias de atención o regulatorias.
- Enfoques técnicos limitados, centrados en acciones preventivas de corto alcance enfocados en la población materna, en mu-

9 El término fiscalización es presentado por la ciencia política con el término anglosajón de accountability. Este se divide en dos tipos: horizontal y vertical. El accountability horizontal se da entre actores que no se encuentran en condición de subordinación, como lo puede ser una Contraloría General de Cuentas fiscalizando al Estado. El accountability vertical se da entre actores en situación de subordinación, siendo la ciudadanía fiscalizando al Estado un ejemplo (O'Donnell, 1999). Para el caso de la presente publicación, accountability vertical es el que más se aproxima al de fiscalización social.



jeros en edad fértil y menores de 5 años. Una atención reactiva en todos sus niveles con énfasis en la atención al daño. Acciones de promoción prácticamente inexistentes.

- Acciones de regulación concentradas y débiles, lo que no permite una mejora de la salud en general y en campos específicos ampliamente reconocidos donde esta función tiene un rol crucial para evitar daños importantes a la población. Los funcionarios avocados a estas funciones pueden caer fácilmente en actos de corrupción o encubrimiento de deficiencias en materia de expendio de alimentos, servicios de salud privados lucrativos, riesgos y condiciones ambientales, entre otros.

Todos los puntos anteriores no deben llevar a la conclusión de que los procesos de transformación del sistema de salud y específicamente del MSPAS no son posibles. Por el contrario, cada uno y todos ellos deben concebirse como obstáculos a vencer.

Esto debe hacerse como parte de una estrategia de trabajo de largo plazo que avance progresivamente en el fortalecimiento del MSPAS y de esa manera se pueda garantizar el derecho humano a la salud.

Como ya se apuntó, un proceso de transformación de esta magnitud debiera formar parte de un proyecto de nación que buscará una reforma del Estado, para continuar con el fortalecimiento de la democracia y la garantía de los derechos humanos.

## B. Los aportes del modelo y de la red a la democracia en salud

Al constituirse esta propuesta de salud, como una intencionalidad de transformación, deben hacerse las siguientes consideraciones teóri-

co-metodológicas, reconociendo a todos los actores y componentes, especialmente el rol central que tiene el MSPAS en la rectoría y gobernanza del sector y sistema de salud.

- La rectoría estratégica es clave para alcanzar una conducción sostenida en el corto, mediano y largo plazo, del proceso de transformación que se propone. Los macroprocesos significan cambios de fondo que necesitan para su concreción varios periodos de gobierno. En otras palabras, una propuesta de esta naturaleza debiera ser asumida como una política nacional de salud, una política de estado. Lo que debiera ser la guía de formulación de las políticas y planes institucionales del MSPAS gobierno tras gobierno.
- Las acciones de comunicación estratégica, el trabajo coordinado con otros modelos de atención y la participación social son claves en el proceso de montaje de las redes de atención. Esto podría genera aliados en el cambio que se busca, para compensar la tensión o reacción muchas veces contradictoria, de intereses económicos y de poder dentro del sistema y sector salud. Se puede esperar resistencias claramente identificadas en personas, grupos, estructuras, organizaciones e instituciones, públicas y privadas. Otras resistencias, no fácilmente identificables, derivarían de otros grupos de poder relacionados con la economía ilícita, el clientelismo político y el nepotismo en el ámbito laboral.
- Un nuevo modelo y red de atención en salud institucional son necesarios para alcanzar nuevas formas y contenidos en el relacionamiento en el seno de la RAS, con el fin de alcanzar el cumplimiento del derecho y el acceso universal a la salud. La actual estructura, organización y funcionamiento de



las unidades prestadoras de servicios y de otras instancias ministeriales, no permiten generar una gobernanza, ni rectoría como las planteadas en esta propuesta.

- La rectoría estratégica es el motor de la transformación de la RASI y es central en el desarrollo de una gobernanza democrática. Esta última concebida como medio y fin. Medio, para alcanzar la transformación deseada y su sostenibilidad; y fin, ya que los cambios promovidos bajo en enfoque del nuevo modelo de atención y de red, debieran generar las condiciones de amplia participación y de legitimidad de lo público, del MSPAS, para alcanzarla.
- El diseño del modelo y redes de atención en salud que se propone genera condiciones para una rectoría estratégica y la construcción de una gobernanza democrática. A continuación, algunos aspectos relevantes que apoyan este planteamiento.
- ✓ La concepción de RAS parte de una visión sistémica, visibilizando y coordinando con todos los actores presentes en el territorio, a diferentes niveles. Considerando su diferente naturaleza, intereses, contenidos y formas de actuación, dentro y fuera de lo institucional. Por ello, se proponen cuatro macroprocesos que se conceptualizan para la RASI, entendiendo que en los diferentes componente o actores de la RAS pueden tener expresiones diversas a complementarse. Quizás los que adquieran mayor relevancia en cuanto articular, coordinar hacer sinergia y complementar acciones para el logro del derecho a la salud, sean el de rectoría estratégica y gobernanza democrática y el de atención integral e incluyente.

Se está partiendo de una estructura basada en las alianzas estratégicas y representada

desde las redes distritales hasta el nivel nacional, abarcando todos los componentes de la RAS, de sociedad civil y estatales. Esto implica hacer modificaciones en el marco legal, específicamente en el reglamento interno del MSPAS y acuerdos ministeriales, para normar las formas de representación y mecanismos específicos de participación.

Siguiendo el planteamiento de Vilaca (Vilaca, pp 158), se pretende alcanzar una mayor integración de la red, a partir de tres aspectos fundamentales: una perspectiva sistémica en el proceso de decisión estratégica; la co-responsabilidad en el trabajo sanitario con la población adscrita al territorio; y la coordinación con los diferentes componentes de la red, resaltando la importancia del trabajo con todas las instituciones relevantes para la salud de la población.

- ✓ Al interior de la RASI, previamente identificando a los equipos de áreas y distritos de salud como los gestores de los procesos de gobernanza y rectoría, esta perspectiva sistémica permitiría alinear esfuerzos para la concreción del trabajo en red. Requiriendo establecer normas, lineamientos y un ciclo de gestión integral de los cuatro macroprocesos, logrando alcanzar las perspectivas y atributos sobre los que se sustenta esta propuesta.

Esta gestión integral debe garantizar la coordinación de los procesos y subprocesos identificados para los cuatro macroprocesos seleccionados. El macroproceso de gestión de la calidad debe apuntar a dar seguimiento y mejorar las debilidades identificadas en el desempeño de todos los equipos. Aspectos como la comunicación; la formación colaborativa entre profesionales de la red; la creación de un clima y cultura organizacional a fin



a la cooperación y trabajo en equipo; aplicación de las perspectivas y atributos, en particular la pertinencia intercultural y la equidad de género; la orientación a resultados con liderazgos compartidos; son esenciales para la transformación interna del MSPAS y en consecuencia a establecer nuevas formas y contenidos en el relacionamiento con el resto de actores y componentes de la RAS.

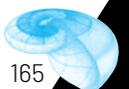
- ✓ Los dos aspectos anteriores obligan a modificar las formas de conducción y el necesario fortalecimiento de los equipos de áreas y distritos de salud para ambos fines. El ejercicio de una rectoría capaz de impulsar los cambios requeridos dentro de la RASI, resulta fundamental para que las condiciones de participación a diferentes niveles, por todos los actores y componentes de la red sea una realidad. Por ello, cada fase de implementación de la red deberá ser acompañada por un diálogo, comunicación estratégica e intenso trabajo de campo en sectores y territorios, distritos, áreas, regiones y a nivel nacional, con el fin de dar certeza y hacer ajustes al proceso con el fin que sea pertinente a la realidad de la población.
- ✓ Esta propuesta debe generar procesos de democratización estrechamente relacionados a la rendición de cuentas y la activación de procesos de intersectorialidad. El planteamiento de RAS y RASI, implica una movilización de recursos importante para el fortalecimiento integral de la red institucional, alcanzado un adecuado rol de todos los puntos de atención de acuerdo a su función dentro de la red nacional.

Este fortalecimiento debe partir de la adscripción poblacional por sectores y territorios en sus redes locales, que asimismo integran las redes distritales, interdistritales, de áreas

y regiones de salud, alcanzando una fuerte presencia de la institucionalidad pública en salud. Esto permite realizar procesos de planificación y ejecución presupuestaria identificando exactamente a los beneficiarios. Información que se debe socializar con la población con fines de fiscalización y actores institucionales para establecer compromisos de cooperación para la intersectorialidad, dirigida a generar condiciones para la atención en salud como infraestructura y para acciones de promoción de la salud.

Se considera necesario hacer cambios en la estructura programática presupuestaria y en sus procedimientos de elaboración, para que se ajuste al modelo y redes de atención propuestos, basándose siempre en la gestión por resultados.

- ✓ El enfoque en red, desde las perspectivas y atributos en que sustenta en esta propuesta, en particular la pertinencia intercultural, permite vincular el trabajo territorial en salud, a la defensa y armonización con la madre naturaleza y al ejercicio del derecho de los pueblos.
- ✓ El macroproceso de rectoría estratégica y gobernanza democrática no debe ser entendido como un macroproceso lineal y unívoco, sino más bien, un macroproceso en permanente construcción participativa al interior de la RASI y con todos los componentes de las RAS. Macroproceso que es necesario impulsar desde un modelo incluyente y redes ampliamente entendidas, que deberá irse definiendo progresivamente teniendo como base el reconocimiento del derecho humano a la salud, el resto de las perspectivas y los atributos propuestos.



## C. La espiral de la salud

De acuerdo al contexto descrito y el nivel de complejidad que tiene la transformación que se propone las redes de atención, se dan varias conclusiones:

- Una reforma de salud con el contenido que se propone debe formar parte de procesos más amplios que abarcan la reforma del Estado y de políticas públicas que impulsen reformas sociales y de administración pública como sería en este caso del sistema o sector salud. Un tema pendiente, es como se puede avanzar desde lo sectorial a la constitución de un estado multinacional, considerando que la sociedad guatemalteca integrada por los diferentes pueblos puede ir madurando y concretando en política pública, condiciones más equitativas y democráticas.
- Teniendo en cuenta la consideración anterior y que es un proceso pendiente que construir. La pregunta sería, ¿Cómo sería la forma de avanzar en el proceso de construcción de un sistema o sector salud equitativo y que garantice el derecho a la salud?

A continuación, hacemos algunos apuntes al respecto y que están orientados a explicar la lógica que sigue la Serie Hacia una Reforma de Salud Integral e Incluyente que ISIS esta iniciando con esta publicación.

El proceso de reconceptualización es progresivo y no se puede abarcar en un solo tiempo de definición, igualmente ocurre en lo referente a su implementación. En la Figura 29, se presenta lo que se denomina la espiral de salud y que resumen las dimensiones de construcción de esta propuesta, que se hace como un instituto de investigación de sociedad civil.

### *La concepción de la espiral:*

La concepción de la espiral hace referencia a la necesidad de redefinir el contenido y las formas de actuación del MSPAS como rector del sistema de salud. Esta redefinición debiera afectar al desempeño de todos los componentes de la RAS, para que de forma coordinada se pueda garantizar el acceso público y el derecho a una salud integral e incluyente a toda la población, en todos sus ciclos de vida.

La definición inicial, debe sentar las perspectivas y atributos, como los conceptos básicos de la salud, sobre la cual se construye la imagen objetivo de la RAS y de la RASI. Esto se constituye finalmente en una reconceptualización que progresivamente se debe ir validando en su implementación paulatina y en la discusión y diálogo con los principales actores del sector o sistema de salud.

### *El nacimiento de la espiral:*

El nacimiento de la espiral indica la necesidad de comenzar la implementación de la RASI, desde las redes locales, distritales o interdistritales. Para posteriormente consolidar redes departamentales, regionales y nacionales.

Esto no excluye acciones en diferentes puntos de atención de la red, como fortalecimientos específicos, que son necesarios para responder al fortalecimiento o creación de redes locales y poder responder a las necesidades de la población.

La implementación desde lo local hacia redes de mayor amplitud es importantes porque es la forma como la construcción de las redes se hace de manera lógica de acuerdo a la adscripción de la población y así garantizar las características fundamentales sobre las que descansa la concepción de redes en salud, como la interconec-



tividad de los puntos de atención para alcanzar la continuidad y longitudinalidad en la atención.

### *Completando la red:*

Completando la red significa que el proceso de conceptualización y de implementación debe ir progresando en la medida que, por un lado, se va validando en la práctica los primeros pasos de la construcción de la red; y, por otro, se va consensuando con los actores del sistema de salud y sociedad en general, no sólo la reconceptualización sino además las formas de implementación en sus siguientes pasos.

Completando la red abarca los procesos de profundización de la transformación iniciada, en una condición de mayor consenso social y político.

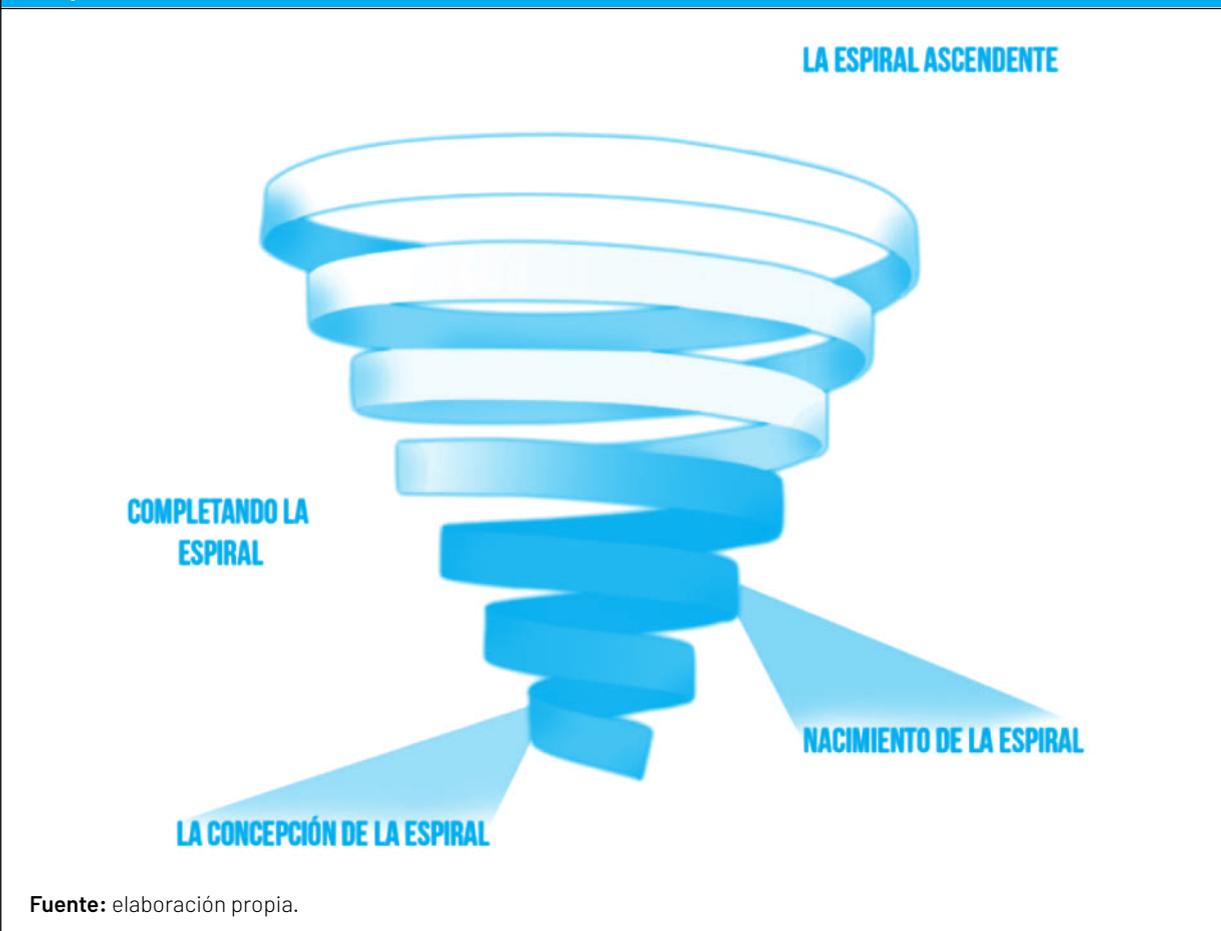
Es decir, en un proceso de democratización y reformulación, en algunos casos, de los cambios iniciados.

Se debiera avanzar en la definición de la política nacional de salud. Con base al marco jurídico presente y a las disposiciones de la Secretaría General de Planificación Nacional (SEGEPLAN). La constitución desde los espacios locales a los departamentales de la red debiera consolidar el liderazgo del MSPAS y facilitar la convocatoria a nivel nacional para la definición de la política.

Un aspecto fundamental en la implementación es la habilitación de los procesos de participación social, el ejercicio público con transparencia, eficacia y eficiencia, ganando legitimidad dentro del sistema de salud y sociedad en general.

**Figura 29**

### La espiral de la salud



### *La espiral ascendente:*

La espiral ascendente, es consecuencia de las anteriores y debiera significar el avance del montaje de la red a lo largo del territorio nacional, habilitando y fortaleciendo puntos de atención, desde puestos y centros de salud, centros de salud ampliados y hospitales.

Se tendría que contar con una política nacional de salud y el plan maestro nacional de la red de atención en salud, que se concreta en una planificación interanual a definir (de 10 a 20 años). Avances en el marco legal y normativo de atención y regulación, así como un progresivo fortalecimiento de los equipos administrativos

y técnicos del MSPAS en el nivel central, sus unidades ejecutoras, centros de costo y puntos de atención. Una atención pública a la salud con calidad.

La espiral ascendente sería entonces el avance de la transformación, lo que se denomina la Reforma de Salud Integral e Incluyente, centrada en el derecho humano a la salud, el fortalecimiento de la institucionalidad pública, la democratización del campo de la salud y una mayor distribución de financiamiento del presupuesto del Estado para el MSPAS. Esto último implicaría el aumento progresivo del financiamiento con relación al producto interno bruto y espacios fiscales mayores para su viabilidad.





# REFERENCIAS

- ACCESA. (2015). El Acceso Universal a la Salud: algunos elementos para la discusión. Guatemala. Recuperado de [http://icefi.org/sites/default/files/el\\_acceso\\_universal\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://icefi.org/sites/default/files/el_acceso_universal_a_la_salud.pdf)
- Acosta Ramírez, N., Giovanella, L., Vega Romero, R., Tejerina Silva, H., de Almeida, P. F., Ríos, G., ... Oliveira, S. (2016). Mapping primary health care renewal in South America. *Family Practice*, 33(3), 261-267. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw013>
- Almeida-Filho, N. (2000). *La Ciencia Tímida: ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. (2006a). A Saúde e o Paradigma da Complexidade (4 No. 15). Rio Grande do Sul.
- Almeida-Filho, N. (2006b). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*, 2(2), 123-146. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1851-82652006000200003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652006000200003)
- Almeida Filho, N. de. (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300004>
- Artaza, O., Méndez, C. A., Holder, R., & Suárez, J. M. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago: OPS/OMS.
- Augl, M. (2012). Building a Conceptual Roadmap for Systemic Change – A Novel Approach to Change Management in Expert Organizations in Health Care. En C. Stary (Ed.), *S-BPM ONE – Scientific Research* (pp. 43-61). Vienna: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-29133-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-29133-3_4)
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101>
- Azevedo, O. H. (2016). *Pensamento sistêmico e gestão por processos: uma avaliação para melhorar a eficácia no atendimento de demandas estratégicas*. Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
- BID. (2017). *Marco Conceptual y Diagnóstico de un Estudio de Red*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blanco, J., & Sáenz, O. (1994). *Espacio Urbano y Salud*. México: Universidad de Guadalajara.
- Bohm, D. (2002). *La totalidad y el orden implicado*. Barcelona: Kairos.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254-258. <https://doi.org/10.1136/JECH.57.4.254>
- Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones*. Ibarra: CEAS-UTN.



- Breilh, J. (2008). *La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque*. Spanish. Recuperado de [http://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_es/87](http://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/87)
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. (A. Muñoz, Trad.). Madrid: Paidós.
- Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Capra, F. (1992). *El Punto Crucial, ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Estaciones.
- Capra, F. (2000). *La trama de la vida: Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Capra, F. (2001). *El Tao de la física: una exploración de los paralelismos entre la física moderna y el misticismo oriental*. Barcelona: Sirio.
- Castellanos, G. (2016). Los estilos de género y la tiranía del binarismo: de por qué necesitamos el concepto de generolecto. *La Aljaba*, 20, 69-88. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-57042016000100006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042016000100006)
- Constitución Política de la República de Guatemala: Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente (1985). Guatemala.
- Cunha, G., & Campos, G. W. (2010). Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Revista Org & Demo*, 11(1), 31-46.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Université de Montréal.
- Decreto Número 90-1997. Código de Salud (1997). Guatemala.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 1115-1118.
- Figuera, D. (2013). Justicia social... justicia territorial: ¿un dilema sin resolver en Venezuela? *Perspectiva Geográfica*, 18(1), 208.
- Fraser, N. (2015a). *Fortunas del feminismo*. (I. de A. E. N. del Ecuador, Ed.). Madrid y Quito: Traficantes de sueños.
- Fraser, N. (2015b). La política feminista en la era del reconocimiento: una aproximación bidimensional a la justicia de género. En Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador (Ed.), *Fortunas del Feminismo* (pp. 189-206). Madrid y Quito: Traficantes de sueños.
- Freeman, G. K., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice*, 20(6), 623-627. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>
- Fuenzalida Díaz, M., & Moreno Jiménez, A. (2010). Diseño con SIG de la localización óptima de centros de atención primaria de salud, discriminando según estatus socioeconómico. En J. Ojeda, M. F. Pita, & I. Vallejo (Eds.), *Tecnologías de la Información Geográfica: La Información Geográfica al servicio de los ciudadanos*. (pp. 453-465). Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Recuperado de [http://www.age-geografia.es/tig/2010\\_Sevilla/ponencia2/FUENZALIDA.pdf](http://www.age-geografia.es/tig/2010_Sevilla/ponencia2/FUENZALIDA.pdf)



- Fuenzalinda Díaz, M., Gómez Delgado, M., de Luz, C., Olaya, V., Oliveiros, D., Ramírez, M., ... Salado, M. J. (2011). *Sistemas de Información Geográfica y Localización Óptima de Instalaciones y Equipamientos 2.ª Edición revisada y ampliada*. (J. Bosque & A. Moreno, Eds.) (2a ed.). España: Ra-Ma. Recuperado de [http://files.especializacion-tig.webnode.com/200000955-bbf10bce91/Bosque\\_Sendra\\_y\\_Moreno\\_Jimenez\\_Libro\\_2a\\_edicion.pdf](http://files.especializacion-tig.webnode.com/200000955-bbf10bce91/Bosque_Sendra_y_Moreno_Jimenez_Libro_2a_edicion.pdf)
- Furtado, J. P. (2007). Equipos de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboraçã entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicaçã, Saúde, Educaçã*, 11(22), 239-255. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>
- Geertz, C. (2003). *La Interpretaci3n de las Culturas*. Barcelona: Gedisa, S.A.
- Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atenci3n Primaria de Salud en Suram3rica: concepciones, componentes y desaf3os. *Saúde em Debate*, 39(105), 300-322. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
- Harrington, J. (1993). *Aperfeiçoado Processos Empresariais*. São Paulo: Makron Books.
- Hernández Mack, L., Sánchez, C., Verdugo, J. C., Morales, L., Arriaga, C. A., & Hernández, Z. (2012). *Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atenci3n. Guatemala*.
- ILO. (2017). *Global estimates of modern slavery: Forced labour and forced marriage*. Geneva. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_575479.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf)
- INS. (2002). *Hacia un primer nivel de atenci3n en salud incluyente: bases y lineamientos*. Guatemala: Instancia Nacional de Salud.
- Kay, A. (2005). *Territorial Justice and Devolution. The British Journal of Politics and International Relations*, 7(4), 544-560. <https://doi.org/10.1111/j.1467-856x.2005.00200.x>
- Lagarde, M. (1997). *G3nero y feminismo* (Segunda). Madrid: Horas y horas.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepci3n biol3gica y social del proceso salud enfermedad. *En lo biol3gico y social: su articulaci3n en la formaci3n del personal en salud*. OPS/OMS.
- Lima, I. (2015). A complexidade da justiça territorial. *Ensaios de Geografia*, 4(7), 50-70. Recuperado de <http://www.ensaios-posgeo.uff.br/index.php/EG/article/view/167>
- L3pez-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (1994). Modelos sociom3dicos en salud p3blica: coincidencias y desencuentros. *Salud P3blica de M3xico*, 36(4), 374-384.
- Lorenzetti, J., Marcellino De Melo Lanzoni, G., Ferreira, L., Assuiti, C., Pires De Pires, D. E., Regina, F., & Ramos, S. (2014). Gestã em saúde no Brasil: diãlogo com gestores p3blicos e privados. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(2), 417-425. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
- Mendes, E. V. (2011). *As Redes de Atenci3n à Saúde. Bras3lia*: OPAS. Recuperado de [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&category\\_slug=servicos-saude-095&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&category_slug=servicos-saude-095&Itemid=965)
- Men3ndez, E. L. (1984). *Hacia una prãctica m3dica alternativa: hegemon3a y autoatenci3n (gesti3n) en salud*. M3xico DF: Cuadernos de



la Cosa Chata / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E., & Feuerwerker, L. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *En Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp. 29-74). São Cristóvão: UFS. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt)

Merhy, E., & Franco, T. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.

Montero Ruiz, E., Rebollar Merino, Á., García Sánchez, M., Culebras López, A., Barbero Allende, J. M., & López Álvarez, J. (2014). Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. *Revista Clínica Española*, 214(4), 192-197. <https://doi.org/10.1016/J.RCE.2013.12.013>

Montero Ruiz, E., Rebollar Merino, Á., Melgar Molero, V., Barbero Allende, J. M., Culebras López, A., & López Álvarez, J. (2014). Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.04.004>

Morales, L. (2002). Identidades de género, masculinidad y poder: Algunos vínculos entre género y salud. *Portadores de Sueños*, 1(4), 21-24.

Morales, L., & Seminario, G. (Coord.). (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina*. Bolivia, Guatemala

y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud. Multipais: Medicus Mundi Navarra.

Morin, E. (2002). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento* (8a ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. (Gedisa, Ed.). Barcelona.

MSPAS. (2015). *Manual Metodológico, implementación de la estrategia de redes integradas de servicios de salud en Guatemala*. Guatemala.

Nicolescu, B. (2002). *La Transdisciplinariedad*. (N. Núñez-Dentin & G. Dentin, Trads.).

Nunes, A., Santos, J. R. S., Barata, R. B., & Vianna, S. M. (2001). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS.

OPS. (2009). *Redes integradas de servicios de la salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, D.C.

OPS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud*. Washington, D.C.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000200009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000200009&script=sci_abstract&tlng=es)

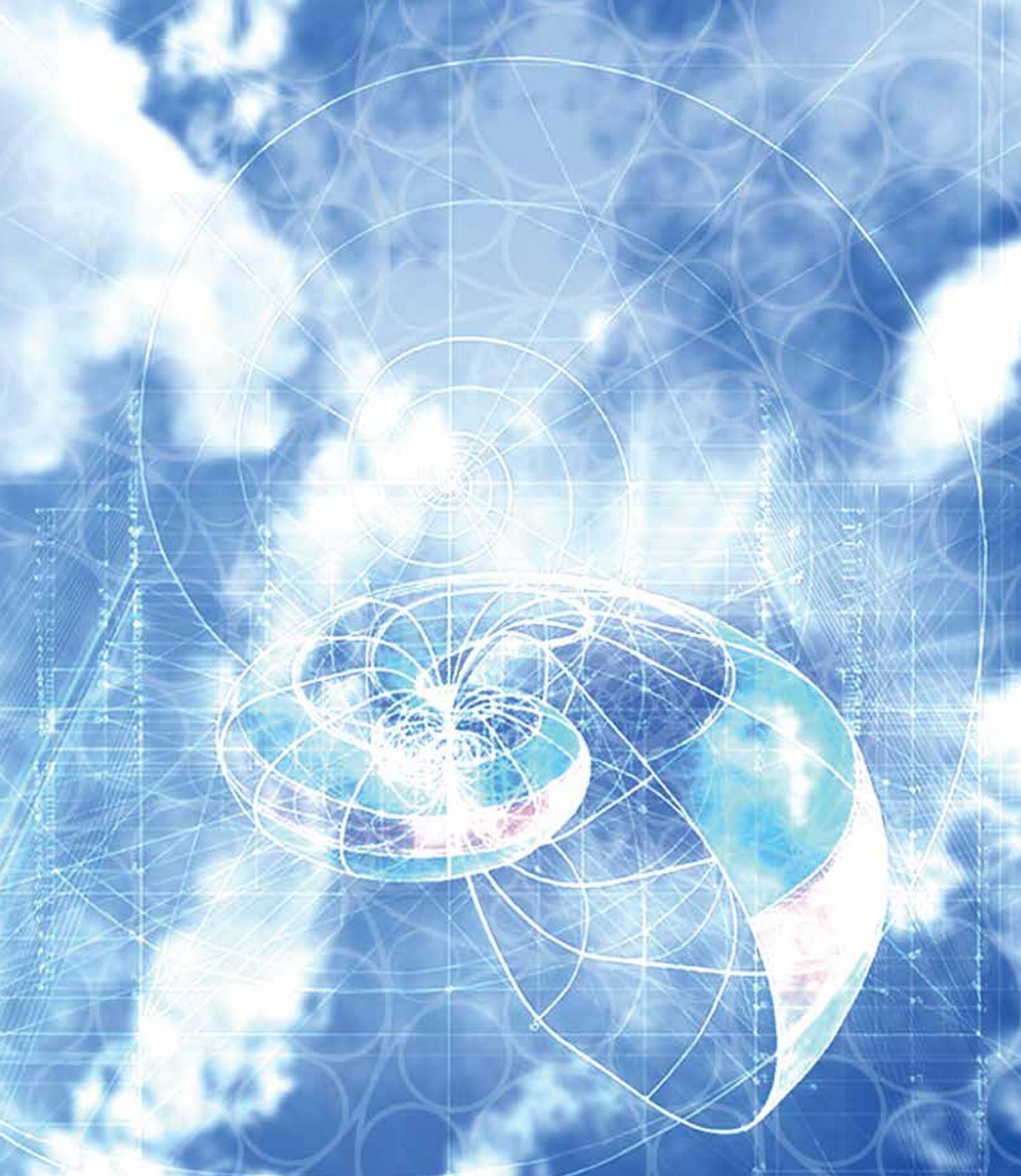
Resnik, D. B., & Roman, G. (2007). Health, justice, and the environment. *Bioethics*, 21(4), 230-241. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00547.x>



- Rosa Filho, L. A., Fassa, A. G., & Paniz, V. M. V. (2008). Factores asociados à continuidade interpersonal na atenção à saúde: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 915-925. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400023>
- Santos, B. de S. (2009). *Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. CLACSO-XXI.
- Santos, B. de S. (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. (J. L. Exeni, J. G. Gandarilla, C. M. Setién, & C. Lema, Trads.). Montevideo: Ediciones Trilce -Extensión Universidad de la República.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Crown Business.
- SESCAM. (2002). *La gestión por procesos*. Toledo.
- Túlio Batista, F., & Emerson Elias, M. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. *Salud colectiva* (Vol. 7). Universidad Nacional de Lanús.
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016152020>
- WHO. (2009, mayo 22). Resolution WHA62,12 Primary health care, including, health system strengthening. *Eighth plenary meeting*. Geneva. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17694en/s17694en.pdf>







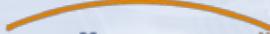
Nafarroako  
Gobernua  Gobierno  
de Navarra



MADRID



Zaragoza  
AJUNTAMENTO  
COOPERACIÓN AL DESARROLLO

  
medicusmundi  
navarra-aragón-madrid