

SALUD DESDE TODAS LAS PERSONAS PARA TODAS LAS PERSONAS

# 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.

 medicusmundi  
navarra









SALUD DESDE TODAS LAS PERSONAS PARA TODAS LAS PERSONAS

# 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.



#### TÍTULO

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.

#### TEXTOS

EQUIPO MULTIPAÍS

#### FOTOGRAFÍAS

ARCHIVO DE MEDICUS MUNDI NAVARRA.

#### COORDINADORES/AS

LIDIA C. MORALES LÓPEZ Y GERARDO I. SEMINARIO NÁMUCH

#### COLABORADORES

JUAN CARLOS VERDUGO Y CARMEN ARRIAGA (EN GUATEMALA); FERNANDO CARBONE, MARCELA VELÁSQUEZ,  
CLAUDIA LEMA, EDUARDO BEDRIÑANA (EN PERÚ); JAVIER ROMÁN, ANTONIO SARAVIA, ADIVA EYZAGUIRRE Y CARLOS  
VALENZUELA (EN BOLIVIA); IGNACIO SÁNCHEZ Y JESÚS IRIBARREN (EN ESPAÑA).

#### MAQUETACIÓN, DISEÑO Y PORTADA

HORIXE DISEÑO. [WWW.HORIXE.COM](http://WWW.HORIXE.COM)



UNIÓN EUROPEA

“LA PRESENTE PUBLICACIÓN HA SIDO ELABORADA CON LA ASISTENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA. EL CONTENIDO DE LA MISMA ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE MEDICUS MUNDI NAVARRA Y EN NINGÚN CASO DEBE CONSIDERARSE QUE REFLEJA LOS PUNTOS DE VISTA DE LA UNIÓN EUROPEA».



## ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b> .....	9
PRESENTACIÓN .....	11
INTRODUCCIÓN .....	13
CLAVES PARA LA TRANSFORMACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA COMPLEJA PERO INTEGRADORA .....	15
PREVIO: APLICAR LA APS Y RESPONDER A LOS DESAFÍOS DE SU RENOVACIÓN .....	21
<b>PRIMERA CLAVE:</b> UNIVERSALIZAR EL DERECHO A LA SALUD .....	29
<b>SEGUNDA CLAVE:</b> REPENSAR LA SALUD A PARTIR DE UNA MULTI-CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD .....	34
<b>TERCERA CLAVE:</b> INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	39
<b>CUARTA CLAVE</b> LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL PRIMER NIVEL .....	45
<b>QUINTA CLAVE:</b> LA PERSPECTIVA DE GÉNERO RELACIONAL EN LA ESTRATEGIA PROGRAMÁTICO-OPERATIVA .....	51
<b>SEXTA CLAVE:</b> EL ENFOQUE ECOSISTÉMICO DEL MEDIO AMBIENTE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	57
<b>SÉPTIMA CLAVE:</b> LA HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA: NIVELES INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO .....	61
<b>OCTAVA CLAVE:</b> REORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y REORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	67
<b>NOVENA CLAVE:</b> EQUIPOS DE TRABAJO POLIFUNCIONALES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	71
<b>DÉCIMA CLAVE:</b> LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN .....	77
<b>UNDÉCIMA CLAVE:</b> LA FINANCIACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	83
<b>DUODÉCIMA CLAVE:</b> LA GESTIÓN EFECTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	87
REFERENCIAS .....	91
SIGLAS .....	94





## PRÓLOGO

Es un consenso global, y especialmente en los círculos académicos, técnicos y políticos de las Américas y el mundo, que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, y llevada a cabo en septiembre de 1978 en la ciudad de Alma-Ata, entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, marcó un hito en la historia de la salud pública.

Se esperaba que la mal traducida y a veces peor interpretada “Atención Primaria de Salud” fuese en verdad la estrategia para el cumplimiento de la meta social de “*Salud Para Todos*”, aprobada por los países miembros de la OMS dos años antes. Esta meta social también fue mal interpretada, por lo cual hoy se prefiere llamarla como el “*Cuidado integral de la salud para todos y por todos*”. Así se ha planteado en las últimas asambleas generales de la OMS. Y, en verdad, esa terminología representa adecuadamente tanto la meta social como la estrategia, con el agregado muy importante, y que estuvo en el espíritu y la letra de Alma-Ata: *la salud debe ser entendida como una vida saludable y no sólo la ausencia de enfermedad*. Además agrega lo que también estuvo en el espíritu y la letra de Alma-Ata: *la salud no sólo es un derecho universal reconocido sino también un deber y una responsabilidad de todas las personas de una sociedad, desde la familia y el hogar hasta los centros académicos y de investigación más especializados*.

La esencia de la Atención Primaria de Salud en Alma-Ata fue cómo lograr la prolongación de la vida de todos, pero no sólo en más años sino en las mejores condiciones posibles de salud, bienestar y felicidad. Y esto a través de políticas públicas que por ello debían ser obligatorias en todos los ámbitos, sectores, niveles e instituciones. Poco a poco se acepta que la finalidad del desarrollo económico no es el incremento del Producto Interior Bruto de los estados sino el alcanzar los máximos niveles posibles de felicidad en las sociedades, con equidad y sin exclusiones ni injusticias sociales.

Así, las erradas interpretaciones comienzan confundiendo la salud con la atención médica reparativa orientada a la enfermedad, confunden la mal traducida “atención” (en los documentos originales en inglés se dijo siempre “cuidado”) como un servicio que se ofrece a una población pasiva y ajena al cuidado de su propia salud, y entienden lo “primario” como algo elemental, primitivo y reducido a las periferias pobres de las sociedades mientras que en Alma-Ata, está en su Declaración, “primario” es lo nuclear, lo fundamental, lo esencial y prioritario en todos los niveles de una sociedad.

**DR. DAVID  
TEJADA DE  
RIVERO**

EX SUB DIRECTOR  
DE LA OMS,  
DECLARADO POR LA  
OPS “HÉROE DE LA  
SALUD PÚBLICA DE  
LAS AMÉRICAS”

Aún así se viene avanzando en muchos países del mundo dentro del verdadero espíritu original de Alma-Ata. Esta experiencia de Medicus Mundi Navarra en Bolivia, Guatemala y Perú es un ejemplo que hay que considerar en mérito a sus realizaciones concretas. En el mismo Perú, el país del que soy ciudadano y en el cual vivo, me ha tocado ver recientemente otras valiosas experiencias a nivel local, en las cuales se va mucho más allá de la simple atención médica reparativa orientada a la enfermedad. Claro que todas ellas se llevan a cabo a nivel local, lo cual también está muy bien porque hoy en día es mejor construir estas nuevas concepciones y sistemas de abajo hacia arriba, aunque sería mucho mejor que ello fuese dentro de un marco nacional de una verdadera y claramente orientada reforma de la salud. Especialmente cuando una genuina reforma no es una simple ley sino un proceso político con legitimación social y no sólo legalidad formal. Sobre todo cuando en nuestros países sobran leyes que no se cumplen y faltan acciones concretas y efectivas.

Toda iniciativa real de este tipo nunca puede ser inicialmente perfecta, además de que nunca un proceso en una realidad social es perfecto ni final. Un sabio oriental dijo hace siglos que el ser humano para caminar necesitaba de dos piernas, una es la experiencia de la práctica y la otra es la teoría. Cada una saca provecho de la otra alternativamente en un interminable proceso de verdadero aprendizaje. Pero no bastan las dos piernas sino hay un claro entendimiento de a dónde se va a ir. Una vez más la finalidad es lo sustancial, y lo instrumental lo que la hace posible.

La lectura del presente documento es fascinante. Pero como todos estamos contribuyendo a construir un camino adecuado para el logro de la salud para todos y por todos, conviene leerlo, o mejor dicho estudiarlo seriamente, con algún sentido crítico. Para ello conviene recordar los puntos más importantes de lo que fue el verdadero espíritu de Alma-Ata:

- La APS es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales que condicionan la óptima, la mala o la pérdida de la salud. A estos múltiples y vectorialmente inter-actuantes factores se está llamando “los determinantes sociales de la salud”.
- Debe aplicarse en todos los niveles, ámbitos, sectores e instituciones del Estado y la sociedad. Desde el hogar y el centro de trabajo a cualquier otra forma de organización social.
- Debe ser un proceso genuino y eminentemente participativo en el cual la población debe dejar de ser “pacientes pasivos y resignados”.
- Es un proceso social y eminentemente político: todos los procesos sociales son políticos porque en todos deben tomarse permanentemente decisiones. En estos procesos los elementos educativos e informativos son esenciales.
- Debe ser una forma práctica de ver los procesos de desarrollo social, pues los grandes principios de un verdadero desarrollo social y humano no son exclusivos del ámbito y el campo de la salud.

Mis felicitaciones sinceras a todos los que están implicados en este trabajo porque están contribuyendo, no en el discurso sino en la práctica real, a la salud desde todos y para todos.



## EQUIPO MULTIPAIS

La misión de *Médicus Mundi Navarra* es *contribuir a generar cambios estructurales en la sociedad, fomentando una cultura de solidaridad y compromiso individual y colectivo que haga posible la erradicación de la pobreza y permita que la salud, considerada de manera integral, sea un derecho al alcance de todas las personas*. Por ello, durante los últimos diez años, se ha trabajado para garantizar el derecho a la salud de la población indígena, en situación de pobreza, principalmente en áreas rurales de Bolivia, Guatemala y Perú.

Si bien los tres países mencionados tienen actualmente marcos de política sanitaria favorables a la integralidad y la inclusión<sup>1</sup>, todos ellos tienen algunas dificultades similares en cuanto a su concreción operativa. De ahí que en abril del 2011, con la colaboración de la Comisión Europea, el Gobierno de Navarra y las autoridades nacionales, regionales y locales de estos tres países, se puso en marcha la intervención *“Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud”*. Su propósito fue contribuir al desarrollo de políticas sanitarias nacionales, regionales e internacionales, que garanticen el derecho a la salud a partir de la aplicación de modelos de atención y gestión en salud integral e incluyente.

Esta intervención se caracterizó por su visión sistémica, multipaís y con vocación operativa en la práctica real. Inicialmente el proyecto desarrolló un marco teórico y un protocolo que guió la búsqueda y sistematización de experiencias nacionales en el ámbito de la integralidad y la inclusión. Acto seguido se formularon propuestas técnicas nacionales para la mejora de los modelos existentes. Posteriormente se desarrollaron experiencias piloto en cada país donde aplicar la propuesta diseñada. El fruto de este trabajo se sintetiza en una serie de lecciones aprendidas en forma de doce claves operativas que son las que se presentan en este documento, respaldadas por su puesta en marcha en espacios geográficos y poblacionales concretos de Bolivia, Perú y Guatemala.

En Bolivia la intervención se desarrolla en los departamentos de La Paz (Curva y Charazani) y Potosí (Sacaca). Su alcance es de 35.660 beneficiarios directos, de cultura quechua y aymara.

<sup>1</sup> Nos referimos al MAIS BFC en Perú, la política SAFCI de Bolivia y al Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016 de Guatemala.

En Guatemala, después de varios años de intervención en la Boca Costa de Sololá y el municipio de San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango (población mayoritariamente indígena de idiomas mam y quiché respectivamente), la experiencia fue transferida al Ministerio de Salud y extendida a los municipios de Cubulco, Rabinal (Baja Verapaz), La Unión (Zacapa) y Cuilco (Huehuetenango), beneficiando directamente a 80.889 personas.

En Perú, la intervención se realiza en la provincia de Churcampá, perteneciente a la región Huancavelica. Se trata de una provincia de 44.215 habitantes, mayoritariamente quechuas. Aunque algunas actividades se están desarrollando en todos los establecimientos (34) de la provincia, según el Plan de Implementación Escalonada, al momento son 21 los establecimientos de salud de 7 distritos los que se ven beneficiados de esta iniciativa.

Cabe aclarar que cada país se encuentra en una etapa o nivel de avance diferente debido a la existencia de puntos de partida distintos<sup>2</sup>, así como a diferencias en los niveles de desarrollo de los sistemas de salud, los grados de aplicación de las políticas sanitarias y los cambios políticos acontecidos durante el desarrollo de la misma. En todo caso, en el devenir de estos años se han ido verificando avances en comparación con las modalidades clásicas de intervención en salud pública.

Este proceso ha contado en los tres países con el apoyo y la coordinación de las autoridades sanitarias, tanto estatales como locales, sin cuya implicación nada de lo que se trabaja en la comunidad puede tener impacto a nivel del sistema público. Otro grupo importante de actores son las y los trabajadores de salud en todos sus niveles, quienes tras el desarrollo de procesos de formación y apropiación de la iniciativa, han empezado a hacer efectivas las propuestas que se plasman en este documento.

El proceso tampoco hubiera sido posible sin el arduo trabajo de los socios locales<sup>3</sup> a través de quienes se establecieron cauces muy próximos a la población para la participación de los principales actores sociales, políticos y los representantes de los colectivos tradicionalmente excluidos, entre ellos organizaciones de mujeres, sindicatos, comunidades indígenas....

Finalmente conviene destacar que el carácter internacional de esta propuesta está dirigido a influir no solamente en los respectivos estados, sino también a nivel de los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera implicados en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

---

<sup>2</sup> Resalta el caso de Guatemala, país que contó con un proceso previo en cuanto a la aplicación de las claves propuestas en este documento; por lo que la intervención mencionada se orientó hacia el fortalecimiento de la experiencia y el arranque expedito de pilotajes dentro del Ministerio de Salud y Asistencia Social –MSPAS-.

<sup>3</sup> Salud Sin Límites en Perú, ISIS en Guatemala; CEDEC y ASI en Bolivia.



## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas Latinoamérica ha experimentado procesos democratizadores que han influido positivamente en el contenido de las políticas sanitarias. Pese a ello, en algunos países no se han logrado los avances esperados en cuanto a la universalización del derecho a la salud. Los marcos de política existentes en Bolivia (Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI), Guatemala (Plan Nacional Estratégico de Salud 2012-2016) y Perú (Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad-MAIS BFC), pese a que comparten fines de equidad e inclusión, afrontan una circunstancia limitante común: la dificultad de hacer operativo lo propuesto en el marco teórico.

Las claves que se presentan en este documento parten de un objetivo común a los tres países donde se ha desarrollado el proyecto que lo ampara: hacer aportes para la concreción de las políticas públicas nacionales que no han logrado plasmar en la práctica su marco teórico.

A nivel global los compromisos más importantes a los que actualmente deben responder los diferentes sistemas públicos de salud de la región incluyen: la renovación de la Atención Primaria en Salud (2005), las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2007), la Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017 y el plan-teamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (2008). Todos ellos contienen los principios necesarios no solo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino también para enfrentar los nuevos desafíos de la salud pública en el mundo.

Si los problemas son similares, las soluciones no pueden ser muy diferentes.

Por otra parte, en materia de reducción de las inequidades en salud, ningún sistema sanitario puede pasar por alto la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2006), el Convenio 169 de la OIT (1989) y la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de América-SAPIA (1994) en cuanto a pertinencia intercultural; así como la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (1979) y la Convención de Belem Do Pará (1994), en materia de equidad de género.

Si bien este marco internacional debía guiar el desarrollo de iniciativas más pertinentes para el logro de un derecho pleno a la salud, la evolución histórica de las sociedades latinoamericanas ha influido de manera negativa en la configuración de los actuales sistemas de salud. Los modelos de gestión y atención de estos sistemas enfrentan una serie de problemas, entre ellos:

- Una organización muy fragmentada e inadecuada de la red pública de servicios de salud, así como la débil capacidad rectora de los Ministerios de salud, con fracturas en las cadenas de mando, predominio del centralismo y poco liderazgo para el diálogo y la intersectorialidad.

- Una concepción única de salud, de énfasis biológico e individual, que se traduce en programas verticales o paquetes básicos orientados por enfermedades específicas, grupos de población, formas de transmisión..., con un enfoque curativo quedando lo preventivo limitado.
- Una debilidad de las intervenciones de promoción y prevención, que se expresa en el escaso desarrollo operativo (e instrumental) de los abordajes comunitarios y familiares.
- El impulso de enfoques epidemiológicos que, cimentados en la concepción biológica e individualista ya descrita, privilegian el daño sobre el enfoque de riesgo; así como sistemas de información de salud débiles y con énfasis en variables individuales.
- La ausencia de capacidad dentro de los sistemas de salud para enfrentar la creciente complejización epidemiológica y la evolución demográfica, lo que se traduce en una problemática sanitaria que va creciendo exponencialmente.
- Una planificación normativa estandarizada que no se adecúa a las necesidades locales; así como una escasa cultura y poca capacidad para el monitoreo y evaluación de las actividades, lo que se traduce en un seguimiento inadecuado del desempeño.
- Una formación del personal centrada en el paradigma biomédico vigente; y unas metodologías de trabajo que ponen el énfasis en la especialización de funciones y el trabajo individual.
- Una financiación que genera inequidades puesto que suele privilegiar los niveles superiores de atención frente al primer nivel, las áreas urbanas frente a las rurales, las asignaciones per cápita y la diversificación de las fuentes de financiación (pago de bolsillo, seguros privados, ...).
- Una persistencia de la discriminación cultural, que se traduce en una escasa articulación y generalmente subordinación de los modelos de salud de los pueblos indígenas y otros saberes populares.
- Una patente cultura machista que se traduce en discriminación por razón de sexo en las actitudes del personal de salud; así como en la invisibilización de las necesidades de salud diversas de los varones y de las mujeres en etapas de vida distintas de la reproductiva.
- Un enfoque de género restringido a estrategias de salud sexual y reproductiva, y en algunos casos también focalizado en problemas psicosociales (abuso sexual y violencia intrafamiliar), pero siempre dirigidos a paliar las consecuencias y no a eliminar las causas.
- Por último un abordaje en materia de medio ambiente que se circunscribe tan solo a algunas acciones de saneamiento ambiental, las cuales se realizan con distintos grados de dificultad.

De una u otra manera, esta problemática o condiciones limitantes están presentes en los sistemas públicos de salud de Bolivia, Guatemala y Perú, pero también en otros países de la región, y por qué no, del planeta.

Con este trabajo se pretende aportar soluciones frente a estas problemáticas comunes desde la experiencia práctica de las intervenciones llevadas a cabo por *medicus mundi*. Para ello se proponen doce claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina con el objetivo de conseguir modelos de gestión y atención más integrales e incluyentes, comenzando por el primer nivel de atención.



## CLAVES PARA LA TRANSFORMACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA COMPLEJA PERO INTEGRADORA

Además de los problemas relacionados con el desarrollo histórico de las sociedades latinoamericanas y sus repercusiones en la configuración actual de los sistemas de salud, éstos deben afrontar nuevos retos sanitarios relacionados con la complejización epidemiológica, eliminando progresivamente sus obstáculos para reconducir las políticas de salud hacia la APS renovada.

En este apartado se analiza brevemente esa problemática, y en respuesta a ello se presenta una visión compleja, pero a su vez integradora, de doce claves para la transformación que sirven para hacer frente a dicha complejización y para una reconducción hacia la APS renovada desde el primer nivel de atención.

Las siguientes claves que se van a presentar en este documento para la transformación de los sistemas públicos de salud están dirigidas al primer nivel de atención por tres razones fundamentales:

- La primera de ellas es la necesidad urgente, en la mayoría de las sociedades latinoamericanas, de reducir las inequidades en salud y alcanzar la universalización de la atención para toda la población. Este reto pasa necesariamente por fortalecer la red pública de servicios en el primer nivel de atención y, bajo el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, abrir las posibilidades de coordinación y sinergias con modelos de atención diferentes al “clásico/bio-médico”, así como con otros actores sociales y políticos de dentro y fuera del sector salud.
- La segunda es que si no se logra un fortalecimiento del primer nivel de atención es poco probable que un sistema público de salud pueda dotar a su estructura y funcionamiento de la lógica que requieren los valores, principios y elementos de la APS renovada; y por tanto no se podrá responder a la cada vez más compleja situación sanitaria de los países.
- La tercera razón está relacionada con una concepción de transformación desde orientaciones tales como: “de la práctica a la teoría”, “de los periférico a lo central” y “del ejemplo al cambio general”. Por un orden práctico, concreto, se entiende que es más sencillo y eficaz operar los cambios y/o transformaciones desde el primer nivel de atención, para poder reorientar el conjunto del sistema de salud hacia la APS renovada.

La experiencia adquirida en los tres países, y a lo largo de la historia en todas las sociedades, asegura que un cambio organizacional sostenible en el primer nivel de atención, que garan-

Si no se logra un fortalecimiento del primer nivel de atención es poco probable que un sistema público de salud pueda dotar a su estructura y funcionamiento de la lógica que requieren los valores, principios y elementos de la APS

tice la cobertura y acceso de la población a una atención integral, repercute indefectiblemente de manera multidimensional y paulatina en el segundo y tercer nivel de atención y en los ministerios de salud en su totalidad, así como en el progresivo cumplimiento del derecho a la salud afectando positivamente al conjunto de la ciudadanía.

Tenemos el ejemplo de Perú donde los estudios de carga de enfermedad señalan que el 83,7% de la misma debería atenderse en el primer nivel de atención. Sin embargo casi la mitad de estas atenciones terminan de forma inapropiada (porque las condiciones iniciales se agravaron al no ser atendidas de forma oportuna y adecuada) en el segundo, tercer y cuarto nivel de atención.

Para abordar esta propuesta de ámbito sanitario es preciso indicar el contexto y las limitaciones en las que se integra y desde donde se intenta construir. Por ello, las claves expuestas en este documento tienen como marco comprensivo inicial los siguientes cuatro aspectos:

La Atención Primaria en Salud abarca todos los niveles de atención y debe imprimir una lógica distinta a todo el sistema de salud, y más allá a todos los sectores de desarrollo

**1.** Reconocer que el desarrollo histórico de los sistemas de salud está íntimamente relacionado e interactuando con procesos biológicos, sociales, políticos, económicos, ideológicos, energéticos, trascendentes... de una sociedad. Por tanto, los sistemas de salud no son sólo parte de estos sino que integran los valores, principios, intereses... de sus ciudadanos, organizaciones e instituciones.

Este aspecto es relevante ya que las claves que se proponen están inspiradas en el derecho a la salud y en una multi concepción de la salud enfermedad, y esto significa que puede entrar en contradicción con los condicionantes que generan inequidades en una sociedad. Ejemplo de ello podrían ser desde aspectos relacionales y de poder (como es el caso del machismo en el campo del género y el racismo en los temas de pertinencia intercultural y el derecho de los pueblos) hasta la priorización que se hace de la lógica de mercado como base para determinar la política de salud vigente.

**2.** Enfatizar la necesaria comprensión de la "Atención Primaria en Salud renovada" como un axioma multidimensional de carácter organizacional y sistémico que abarca más allá del primer nivel y que por tanto debiera imprimir una lógica distinta a todo el sistema de salud, superándolo y teniendo impacto también en otras políticas públicas sectoriales que tienen un rol en el campo de la salud.

La estrategia de renovación de la APS (OMS/OPS) es actualmente el principal referente internacional en salud pública, que aboga por la necesidad de intervenciones amplias y el re-direccionamiento de los Sistemas Nacionales de Salud hacia la universalidad y la integralidad, toda vez que se han demostrado escasos los resultados ligados a los enfoques selectivos. Sin embargo aún se requieren experiencias concretas para alcanzar diseños de sistemas de salud que, sin dejar de responder a problemas prioritarios, permitan la concreción de las directrices de la APS renovada en la aplicación diaria. La dificultad de pasar de la teoría a la práctica se hace aún más evidente cuando se trata de abordar la reducción de desigualdades en salud, especialmente aquellas relacionadas con los derechos de los pueblos indígenas así como la equidad de género. Con este documento, basado en la práctica de más de diez años de trabajo sobre el terreno, se espera contribuir a una transformación real de los sistemas de salud de la región.

De acuerdo con el Dr. Tejada de Rivero: *"La APS es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta a todos los niveles, desde los*

*más sofisticados y complejos hasta los más simples. Porque considera la salud como un aspecto del bienestar social en el cual son muchos y diversos los factores que la afectan, condicionan y determinan*". Esta concepción indica que la APS renovada si bien se realiza de manera inicial en las instituciones públicas de salud va más allá de ellas. Por eso las claves que a continuación se enumeran, si bien están centradas en el primer nivel de salud institucional, tienen, como la APS renovada propone, un impacto intersectorial.

- 3.** Considerar la complejidad epidemiológica a la que se enfrentan los sistemas de salud recientemente calificada de *"transición y polarización epidemiológica"*. Ésta complejización afecta de manera diferenciada a todos los grupos de población, y su resolución requiere una respuesta sistémica e innovadora que abarque de manera integral, de acuerdo a lo pertinente para el primer nivel de atención y a los recursos disponibles, la totalidad de los problemas sanitarios. Esta complejización se acrecienta si tomamos en cuenta la importancia de los aspectos determinantes y condicionantes que están detrás de esta problemática sanitaria. De ahí que los programas verticales, los paquetes básicos, las intervenciones costo/efectivas y otras medidas sanitarias frecuentes, en el marco de la focalización, se consideren claramente insuficientes para enfrentar esta complejización y además se alejan de la auténtica concepción de APS renovada.

Cuando nos referimos a complejización epidemiológica queremos expresar que, a nivel sanitario, la mayoría de los países de Latinoamérica enfrentan procesos caracterizados por:

- Una situación sanitaria inequitativa entre grupos de población (rural-urbana, "occidental" –indígenas, altos ingresos– "pobres", hombres-mujeres...) sobre todo relacionada con el deterioro de las determinantes y riesgos de la salud.
- Una persistencia o agravamiento de problemas de carácter infecciosos, muchas veces con la aparición de nuevas o variantes infecciones que implican nuevas medidas sanitarias.
- Problemas nutricionales relacionados a veces con la obesidad pero sobre todo carenciales, especialmente los altos índices de desnutrición, malnutrición, así como anemia aguda y crónica en la niñez y en las mujeres gestantes. Estos tienen implicaciones importantes en enfermedades endocrinológicas o del sistema cardiovascular.
- Persistencia de problemas relacionados con la falta de acceso al agua segura y al saneamiento básico del entorno.
- Un incremento de la incidencia y prevalencia de problemas crónicos y degenerativos como el cáncer, insuficiencia renal crónica, la diabetes, la hipertensión arterial...
- La violencia generalizada que afecta a la población en su conjunto por daños directos a su salud física y mental; así como los crecientes problemas de tipo psicosocial.
- Problemas sanitarios ocasionados por la vulnerabilidad ante fenómenos naturales y la poca capacidad de prevención de desastres.
- Una realidad oculta al sistema "clásico/bio-médico" de perfiles de morbilidad y mortalidad relacionados con otros modelos de salud (aquellos de medicinas tradicionales o culturales de pueblos indígenas). En determinados contextos, estas morbilidades son altamente letales (especialmente relacionadas con la mortalidad infantil y materna) y otras, por su prevalencia en determinados ciclos de vida, adquieren importancia de salud pública.

Se requiere una respuesta sistémica e innovadora que abarque de manera integral la totalidad de los problemas sanitarios

- Un reconocimiento de que los determinantes y riesgos de la salud están sufriendo notables variaciones negativas no sólo a consecuencia del proceso global de cambio climático y el consiguiente deterioro del medio ambiente, sino por los procesos de globalización que impactan en las formas de producción, consumo y procesos migratorios.

De la revisión de los actuales sistemas sanitarios, especialmente en su primer nivel, y de la aplicación práctica de los mismos, se extrae que éstos no son idóneos para enfrentar la problemática anteriormente expuesta. Por ello resulta indispensable re-pensar los sistemas sanitarios en base a las claves que más adelante se presentan y las cuales sí que tienen en cuenta la complejidad epidemiológica descrita.

Para abordar la complejidad expuesta se requieren principalmente medidas sanitarias de promoción y prevención, muchas de las cuales competen, volviendo sobre lo dicho al inicio del capítulo, al primer nivel de atención. Un sistema de salud centrado en lo curativo-individual, y que no enfatiza este tipo de acciones será inequitativo y generará un cúmulo de problemas sanitarios que, si al presente son ya difíciles de manejar por los actuales servicios, en el futuro constituirán una crisis sanitaria de alto impacto y coste.

Un sistema de salud centrado en lo curativo individual que no enfatiza acciones de promoción y prevención será inequitativo y generará a medio y largo plazo graves problemas sanitarios

**4.** Abordar la transformación de los sistema de salud desde una concepción sistémica y holística. En síntesis: los cambios que se proponen desde cada clave impactan en la transformación del sistema de salud en todas sus dimensiones. Esta idea puede verse plasmada gráficamente en una piramide fractal donde la relación entre la parte y la totalidad es indivisible.

Con esta figura se puede observar la idea propuesta: cada piramide pequeña es similar a la grande que incluye a todas, sin embargo, la grande no expresa sólo la sumatoria de las pequeñas, sino que tiene una cualidad superior ya que a su vez brinda una lógica a todo el resto. Del mismo modo las relaciones entre las claves propuestas, y entre ellas y los niveles de atención: cada una de ellas afectan y se ven afectadas por el desempeño del resto del sistema de salud. Durante la confección de las propuestas operativas en cada uno de los países fue significativo reconocer que cada una de las claves que aquí se presentan estaban inmersas en las demás y que la única posibilidad de que se concretasen es que se verificara el cumplimiento de cada una de las otras.

En este sentido, si dividimos la pirámide en trece triángulos tenemos las correspondientes doce claves propuestas y su premisa inicial: cada una es una parte del todo, pero a la vez el todo vincula a cada una de las partes. Destacan sobre todo tres claves centrales (Derecho a la salud; Multiconcepción Incluyente; Intersectorialidad) y la premisa inicial (la APS renovada), triángulos invertidos de "apoyo", que serán las primeras en abordar y sobre las que el resto se configura de una u otra manera.



## 12

## “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina”



Las doce “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina” las enumeramos con los siguientes titulares, teniendo en cuenta que todas ellas parten de una premisa como es **APLICAR LA APS** y **RESPONDER A SU RENOVACIÓN**:

**PRIMERA CLAVE:** Universalizar el derecho a la salud

**SEGUNDA CLAVE:** Repensar la salud a partir de una multi-concepción del proceso salud-enfermedad

**TERCERA CLAVE:** Intersectorialidad y participación social en el primer nivel de atención

**CUARTA CLAVE:** La pertinencia intercultural en los distintos componentes del primer nivel

**QUINTA CLAVE:** La perspectiva de género relacional en la estrategia programático-operativa

**SEXTA CLAVE:** El enfoque ecosistémico del medio ambiente en el primer nivel de atención

**SÉPTIMA CLAVE:** La horizontalización programática: niveles individual, familiar y comunitario

**OCTAVA CLAVE:** Reordenación del territorio y reorganización del primer nivel de atención

**NOVENA CLAVE:** Equipos de trabajo polifuncionales para el primer nivel de atención

**DÉCIMA CLAVE:** La operacionalización de la vigilancia sociocultural de la salud y el sistema de información

**UNDÉCIMA CLAVE:** La financiación del primer nivel de atención

**DUODÉCIMA CLAVE:** La gestión efectiva del primer nivel de atención

Se proponen doce claves operativas para dar viabilidad a las políticas y planes sanitarios de los diferentes países, pasando del discurso a la práctica que opera una verdadera transformación

A partir de esta “imagen fuerza” propuesta de pirámide fractal, que acompañará la lectura de este texto, se extraen las siguientes conclusiones a tener en cuenta:

- Las claves parten todas ellas desde una idea sistémica en la línea de contribuir a la transformación de los sistemas de salud y no de plantear intervenciones en forma aislada hacia algunos de sus componentes. De ahí que la visión del sistema sea de integralidad e inclusión en salud y no de mayor fragmentación o división.
- Lo que se propone en este documento son claves que tienen expresión operativa para dar viabilidad a las políticas y planes sanitarios de los países donde ya se reconocen, en el ámbito teórico, muchas de ellas. Con ello se logra operar y articular pirámides pequeñas de la gran pirámide, en este caso, la salud de un país. Concretar lo anterior es lo que permite pasar del discurso a la práctica y operar una verdadera transformación de los sistemas de salud desde el primer nivel de atención
- Ante el interrogante de ¿con un sistema tan interrelacionado por dónde se inicia el cambio?, la respuesta es: a partir de la experiencia de trabajo en los tres países y siguiendo la imagen propuesta que podemos comenzar en cualquier lugar de la pirámide siempre y cuando se tenga una idea clara de cual será el resultado final y sabiendo que cualquier iniciativa afecta y viene afectada por el resto de cambios que se hagan sobre el sistema.



## PREVIO:

### APLICAR LA APS Y RESPONDER A LOS DESAFÍOS DE SU RENOVACIÓN

La Atención Primaria en Salud, tal como fue imaginada en 1978 en Alma Ata, fue uno de los puntos más altos del siglo XX en lo que corresponde a la incorporación de un enfoque social de la salud. Sin embargo su implementación en el contexto latinoamericano se encontró con serios obstáculos históricos, económicos y políticos. La APS continúa vigente en sus principales lineamientos y se ha visto fortalecida por el movimiento de renovación, lo que también constituye una oportunidad para reflexionar sobre sus límites y desafíos. El doctor Tejada de Rivero (uno de los impulsores de Alma Ata) recoge el espíritu de la APS en una sola frase: **cuidado integral de la salud para todos y por todos.**

## LA APS EN LA HISTORIA

Las visiones sociales de la salud como medio para el desarrollo son anteriores, y trascienden, a la creación de la OPS (1902) y de la OMS (1946). A mediados del siglo XIX, tras estudiar una epidemia en los distritos industriales de Silesia, el fundador de la patología celular, Rudolf Virchow, concluyó que las causas del mal que aquejaba la población eran tanto o más sociales y económicas que físicas, recomendando como solución: prosperidad, educación y libertad, en un marco de democracia libre e ilimitada. Para Virchow *“La medicina nos lleva imperceptiblemente hacia el campo de lo social y nos coloca en una posición de confrontación directa con los grandes problemas de nuestro tiempo”*.

Visiones como ésta posibilitaron el nacimiento de la epidemiología y posteriormente su evolución hacia una epidemiología social. En 1948 nace el *National Health Service* de Gran Bretaña, fundamentado en la idea de contar con un médico general de familia al que se le asignaba una población dentro de un espacio territorial determinado. Mientras esto sucedía en una parte del mundo, en la Unión Soviética se daba la experiencia de los *fletchers*, antecesores de los médicos descalzos de la China Popular.

Al mismo tiempo, en distintas partes de Latinoamérica, los métodos de desarrollo de la conciencia crítica del famoso programa alfabetización de Paulo Freire fueron adaptados a la educación para la salud. En gran parte del continente se desarrolló el llamado *“Aprendizaje basado en el descubrimiento”*, que enseñaba a desarrollar diagnósticos comunitarios, analizar la multiplicidad de las causas de la enfermedad y diseñaba estrategias innovadoras y creativas. Con ello Latinoamérica introducía una mirada social y política a la salud frente a las inequidades sostenidas, en muchos casos, por regímenes autoritarios y excluyentes.

La medicina nos lleva imperceptiblemente hacia el campo de lo social y nos coloca en una posición de confrontación directa con los grandes problemas de nuestro tiempo

La puesta en marcha de la declaración de *Alma Ata* ha sufrido una serie de obstáculos ligados al contexto político y económico de Latinoamérica. En estos 35 años de vigencia de APS los sistemas de salud siguen desarrollándose en gran medida en torno a la atención especializada y alrededor intervenciones selectivas

Con estos antecedentes comenzó a gestarse lo que sería la conferencia de Alma Ata (Kazajistán) de 1978 y la creación de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La APS sistematizó y recogió lo más avanzado de las experiencias de salud comunitaria, basadas en la movilización social masiva y la participación de la población en el proceso de toma de decisiones. La definición de APS emanada de esta conferencia es la de: *“el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”*.

La estrategia de APS es algo más que lo “médico”, es un enfoque *sistémico* que lo trasciende, pero al mismo tiempo es una forma de reorganizar los recursos para cuidar y promover la salud. Son además mecanismos de abogacía para trabajar con otros sectores, con los gobiernos y la comunidad.

A pesar de ser un hito en la historia de la salud pública, desde el origen la puesta en marcha de la declaración de Alma Ata sufrió una serie de obstáculos ligados al contexto político y económico de Latinoamérica. En los años 70 y comienzos de los años 80 los principales movimientos sociales que nacieron tras la revolución cubana fueron contrarrestados por nuevos gobiernos dictatoriales (militares en muchos casos), los cuales limitaban la participación comunitaria en todas sus dimensiones (incluida la salud). Posteriormente, los programas de ajuste estructural y el Consenso de Washington consolidaron la expansión de una política económica liberal, incidiendo en la mercantilización de la salud como producto.

Durante los periodos de crisis económica, la APS fue dada de lado por agencias internacionales por considerarla demasiado ambiciosa y de alto costo frente a los escasos recursos disponibles en los países en desarrollo. Es por ello que se propuso la denominada *“APS selectiva”*, mediante la cual se definió un paquete de intervenciones de bajo costo para combatir sólo las principales enfermedades en países pobres. Aunque ésta se planteó como una estrategia provisional y complementaria a la de Alma Ata, en la práctica se convirtió en la intervención hegemónica durante los años ochenta en países en desarrollo.

A esto hay que sumar la debilidad institucional de los ministerios de salud para aglutinar a los distintos actores, dentro y fuera del sector, a favor de la APS. A partir de los años 90, con el proceso de reforma de los Estados, han predominado sistemas de salud basados en postulados económicos mercantilistas para los cuales las políticas sanitarias debían tener un carácter auto compensatorio para el ajuste económico. A partir de las directrices de organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, se dio continuidad a intervenciones centradas en “canastas básicas de servicios” restringidas a unas pocas enfermedades prevalentes, contribuyendo así a la fragmentación de la atención y por consiguiente a la exclusión e inequidad en el derecho a la salud.

Además en estos treinta y cinco años de vigencia de APS los sistemas de salud siguen desarrollándose en gran medida en torno a la atención especializada de nivel hospitalario y alrededor de programas prioritarios e intervenciones selectivas, y no entorno a la promoción y prevención familiar y comunitaria como se proponía desde Alma Ata. Esto se ha debido a la incapacidad de las autoridades sanitarias de limitar el poder y la presión ejercida sobre todo por la industria farmacéutica y los profesionales médicos. A ello ha colaborado también

la actividad de los organismos donantes por su influencia en el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades en lugar de financiar programas integrales de fortalecimiento de los sistemas de salud con base en la APS.

Actualmente se ha acumulado suficiente evidencia respecto a la necesidad de corregir el rumbo de estas reformas de carácter restrictivo. Ante el cuestionamiento a nivel mundial por el bajo desempeño de los sistemas de salud, la mirada ha retornado al enfoque de derecho a la salud y la APS. Este es el contexto en que se inscribe el movimiento de renovación de la Atención Primaria en Salud para las Américas.

Los diferentes enfoques que ha tenido la APS en su corta andadura histórica pueden resumirse en la siguiente tabla que compara las definiciones y el énfasis que en cada momento se ha dado a la APS:

**TABLA 1: ENFOQUES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ENFOQUE	DEFINICIÓN O CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	ÉNFASIS
<b>APS Selectiva</b>	Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
<b>Atención Primaria</b>	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de Salud
<b>Alma Ata APS Ampliada</b>	La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.
<b>Enfoque de Salud y Derechos Humanos</b>	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Se diferencia del resto por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud, este debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas "inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros" que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: OMS 2008 b.

Con respecto a las interpretaciones de la APS que han supuesto la pérdida de su espíritu y contenido esencial, según el doctor Tejada de Rivero, para aclarar ese contenido esencial se debe tener claro que no es APS, y señala que la APS "No es un programa especial, independiente y paralelo a los demás programas de atención médica (...), tampoco es el nivel más periférico de

un sistema de atención médica sectorial o institucional (...), ni es un servicio de para-profesionales o auxiliares que pueden proporcionar algo más parecido a primeros auxilios o una atención muy elemental conservando todas las características del sistema tradicional (...) ni mucho menos un paquete de actividades mínimas que se dan más con carácter de limosna que de respuesta a un

derecho de las poblaciones pobres". De ahí que proponga la noción de "cuidado integral de salud para todos y por todos" como una forma de recuperar su espíritu original en el sentido de proceso social y político que requiere el involucramiento de diversos sectores y la participación social.

La APS, "cuidado integral de salud para todos y por todos", es un proceso social y político que requiere el involucramiento de diversos sectores y la participación social.

## LA RENOVACIÓN DE LA APS

A partir del año 2003, y como producto del análisis y lecciones aprendidas durante tres décadas, dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) se viene promoviendo un proceso para la renovación del compromiso con la APS. Frente a esta desvirtuación de la APS, la OPS propone la renovación para la región de las Américas a través de los siguientes elementos esenciales que dicha estrategia debe asegurar<sup>4</sup>:

- a) **la cobertura y el acceso universal**, lo que quiere decir que la organización y el financiamiento de los servicios debe ser el suficiente para obtener un acceso equitativo (cultura, género, edad, nivel económico...) de toda la población.
- b) **el primer contacto**, es decir, que un Sistema de Salud basado en APS cuente con un primer nivel de atención como puerta de entrada y que dicho nivel esté en posibilidades de resolución de la mayoría de los problemas de salud; sin por ello dejar de asegurar los elementos estructurales y funcionales que trasciendan el primer nivel para la resolución de problemas de mayor complejidad.
- c) **atención integral e integrada**, que implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a todas las necesidades de salud de la población. A nivel del sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, políticas y procedimientos adecuados, sistemas de información y gestión apropiados, así como la capacitación de los recursos humanos en salud.
- d) **orientación familiar y comunitaria**, que considera que la familia y la comunidad son los principales ejes de planificación e intervención del sistema, haciendo uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y en base a ello planificar las acciones.
- e) **énfasis en promoción y prevención**, que permite ir más allá de la orientación clínica y abordar las raíces de los determinantes sociales de la salud. Este tipo de acciones faculta a comunidades y personas para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud e implica acciones a diferentes niveles más allá del estrictamente sanitario. Ello recupera el importante papel que para la salud pública juega la vigilancia en salud.
- f) **cuidados apropiados**, que implica centrarse en las necesidades sociales y de salud de las personas a lo largo de la vida adecuando las respuestas al contexto local, con efectividad en base a la mejor evidencia posible, equidad y pertinencia.
- g) **mecanismos de participación activa**, es decir, estimular la capacidad de las comunidades de volverse socios activos en la definición de prioridades, gestión, y regulación del sector

<sup>4</sup> Para una revisión completa de los elementos propuestos, revisar OMS: 2007.

salud, así como incluir actividades para garantizar la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.

- h) **un marco político legal e institucional sólido**, que se refiere a la función de rectoría del sistema de salud en materia de coordinación de políticas de salud, inversiones estratégicas, investigación, evaluación de tecnología y sobre todo al respaldo de las acciones y actores de la APS.
- i) **políticas y programas pro-equidad**, los sistemas deben desarrollar acciones dirigidas a reducir desigualdades en salud con criterios explícitos de equidad, aumentando y/o mejorando los servicios para quienes tienen mayores necesidades; así como la reestructuración de los mecanismos de financiamiento para sectores menos favorecidos.
- j) **buenas prácticas de organización y gestión**, las cuales incluyen la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño en la línea de responder a las necesidades de las y los ciudadanos, la calidad de la atención y condiciones adecuadas para el personal de salud.
- k) **recursos humanos adecuados**, lo que implica que el personal de salud cuente con los conocimientos y habilidades adecuados y cumpla con las normas éticas, lo que exige planificación e inversiones en capacitación así como una adecuada definición de funciones y responsabilidades.
- l) **recursos adecuados y sostenibles**, para lo cual es necesario que los recursos se determinen en base a los análisis de situación de salud con datos obtenidos de forma real en la comunidad, incluyendo los relacionados con instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos; asegurando acceso y cobertura universales eficaces, y determinando mecanismos explícitos que garanticen su sostenibilidad.
- m) **acciones intersectoriales**, en tanto en cuanto las acciones deben estar también dirigidas a abordar los determinantes de la salud, creando sinergias entre todos los sectores en torno a la salud.

La propia OPS indica que la renovación debe evitar que se confunda la estrategia de APS con un conjunto de cuidados acotados e *“invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar en claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS”*

En este sentido cabe explicar que para la OMS un Sistema de Salud es *“la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”*<sup>5</sup>. Es decir, los Sistemas de Salud, compuestos por políticas, infraestructuras, personal, instrumentos, financiación, información, suministros..., son un conjunto de entidades interactuantes, lo que significa que la modificación de una de sus partes genera cambios en las otras. Por tanto si se plantea una apuesta para que los sistemas de salud de América se basen en la APS, ninguno de los componentes de renovación arriba descritos pueden quedar ausentes de esa política pública, ni de los modelos de gestión y atención en que éstas se desarrollan.

El camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de América Latina es basar los sistemas de salud en la APS

<sup>5</sup> <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>

Por otro lado, el derecho a la salud es un elemento posterior que ha terminado de dar solidez a la apuesta por la renovación de la APS desde un enfoque sistémico. En el ámbito de la salud la inclusión de un enfoque de derechos ha significado que los Estados respeten, protejan y garanticen la salud de toda su ciudadanía, asegurando que el sistema de salud sea de calidad, esté disponible y sea accesible y aceptable.

El derecho a la salud es un elemento que ha terminado de dar solidez a la apuesta por la renovación de la APS asegurando que el sistema de salud sea de calidad, esté disponible y sea accesible y aceptable.

Por último indicar que esta renovación de la APS tiene su mayor grado de concreción en el planteamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) considerada como *“una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud”*.

### **DESAFÍOS PARA LA RENOVACIÓN DE LA APS EN LA REGIÓN**

Si bien el planteamiento de renovación de APS y los atributos de las RISS poseen numerosas fortalezas y proporcionan directrices claras y precisas para la transformación de los sistemas de salud, en la práctica de esa renovación se han identificado algunos desafíos actuales para profundizar en su alcance. Todos estos desafíos encuentran más adelante su posible solución en forma de claves:

#### **a. Revisar y ampliar la concepción de partida de la salud- enfermedad:**

La APS, aún la renovada, continúa cimentada en un concepto único de salud que requiere ser revisado tanto a la luz de las teorías de la complejidad, como también desde los aportes que otros modelos de atención, diferentes al “clásico bio-médico” pueden tener para el abordaje de la problemática de salud.

#### **b. Tomar posición respecto al tipo de articulación entre los Sistemas de Salud oficiales y otros modelos de salud, especialmente los pertenecientes a los pueblos originarios de la región:**

Analizando la propuesta de renovación de la APS<sup>6</sup> se identifica que los contenidos relacionados con los derechos de los pueblos y la pertinencia intercultural se circunscriben a referencias breves y escasas en la línea de la adecuación cultural de los servicios. Un referente previo importante para este tema es la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (1994) conocida como iniciativa SAPIA, refrendada por la OPS y los Estados de la región. En ella la articulación con los modelos de salud de los pueblos originarios resulta esencial, en tanto que es un aspecto de suma importancia para el trabajo en el primer nivel de atención y para la conformación de redes integradas de servicios.

#### **c. Profundizar el abordaje de la equidad de género en el campo de la salud:**

Al igual que con la pertinencia intercultural, las referencias a las relaciones de género como parte de los determinantes, condicionantes y riesgos de salud son breves en la APS renovada. Sin embargo el marco internacional y las distintas plataformas de derechos específicos de las mujeres dan cuenta de las serias desigualdades sociales asociadas a

6 Los documentos revisados fueron: OMS/OPS. 46 Consejo Directivo. CD 46/13. 2005. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud –Declaración de Montevideo-. Documento de Posición “La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud”, OMS 2,008. Informe de la Salud en el Mundo. La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca; OMS/OPS: 2008. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.

las estructuras de poder mediadas por género. Por otra parte, los enfoques dominantes en salud pública con respecto al género, han hecho énfasis en la salud reproductiva y más recientemente en la salud de las mujeres, sin un abordaje relacional en términos de enfocar en los determinantes de las desigualdades de género y su impacto diferenciado en la salud de mujeres y hombres en distintas etapas de la vida, de lo que se desprende la necesidad de desarrollar atenciones integrales diferenciadas en esa línea.

#### d. Enfocar la problemática medio ambiental desde un enfoque holístico y ecosistémico.

Desde la APS renovada el tema del medio ambiente y su relación con la salud se aborda desde la mirada de los determinantes sociales, lo cual es de suma importancia para trascender la visión biomédica meramente reparativa. Sin embargo resulta imprescindible que los sistemas de salud amplíen la mirada y se apropien de un enfoque holístico y ecosistémico del medio ambiente, en el cual se contrarresten las visiones instrumentales que consideran el medio ambiente únicamente como “fuente de recursos”. El enfoque holístico permite comprender la estrecha relación e interdependencia de los seres vivos con el ambiente y a partir de ello re-dimensionar sus implicaciones en el campo de la salud.

A modo de resumen en la siguiente tabla se recogen los elementos esenciales, los principales aportes y los desafíos de la APS renovada que se han expuesto en este apartado.

**TABLA 2: APS RENOVADA: ELEMENTOS, APORTES Y DESAFÍOS**

ELEMENTOS ESENCIALES	PRINCIPALES APORTES	DESAFÍOS
Organización de los Sistemas de Atención para: - Garantizar el primer contacto - Acceso y cobertura universal - Énfasis en prevención y promoción - Orientación familiar y comunitaria - Atención integral e integrada - Recursos humanos apropiados - Organización y gestión óptimas (planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño)	- Posición clara de ruptura con los enfoques de APS selectivos - Enfoca en el conjunto del Sistema de Salud y su re-direccionamiento - Retoma y jerarquiza el enfoque de derecho a la salud - Desarrolla formulaciones más concretas. Por ejemplo: Atributos de RIIS	- Revisar y ampliar la concepción de partida de la salud- enfermedad - Tomar posición respecto a la articulación entre los Sistemas de Salud oficiales y otros modelos (especialmente pueblos indígenas) - Profundizar el abordaje de la equidad de género en el campo de la salud - Enfocar la problemática medio ambiental desde una perspectiva holística y ecosistémica.

Las doce claves que se presentan a continuación pretenden ser una contribución al debate sobre cómo concretar las directrices de la APS renovada, afrontar sus desafíos y transformar así los sistemas de salud de la región para reducir las inequidades y garantizar un cuidado integral de la salud para todos y por todos.





## PRIMERA CLAVE: UNIVERSALIZAR EL DERECHO A LA SALUD

En el apartado anterior se analizó cómo con las reformas de salud orientadas por una política económica neoliberal de los años 90 se fue debilitando el ideal del derecho a la salud y cómo el movimiento de renovación de la APS retoma el rumbo de la cobertura universal.

En este apartado se propone guiar esta reflexión en torno a los sistemas de salud, explicitando todas las dimensiones del derecho a la salud como base de la APS renovada, estableciendo su interdependencia con otros derechos colectivos, así como proponiendo los aspectos operativos básicos para su concreción desde el primer nivel de atención.

### EL DERECHO A LA SALUD EN LA RENOVACIÓN DE LA APS

Un aspecto valioso de la renovación de la APS consiste en su posicionamiento claro para recuperar el derecho a la salud como objetivo central. Para la OMS *“un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a la salud su principal objetivo y se guía por principios tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”*.

El derecho a la salud implica la obligación de los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho frente a todos sus ciudadanos. El derecho a la salud, al estar protegido por normas internacionales y leyes nacionales, es vinculante para todos los Estados.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU estableció los elementos que debe incluir el derecho a la salud:

- **Disponibilidad:** cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación; 2) accesibilidad física; 3) accesibilidad económica; 4) acceso a la información.
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

La mercantilización de la salud supone una vulneración del derecho humano a la salud, en tanto en cuanto ésta debe ser entendida como un bien público no sujeto a rédito económico.

Teniendo en cuenta estos cuatro criterios mencionados, los Estados deben asegurar que exista un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas públicos de salud, y que estén al alcance de toda la población. La atención debe ser efectiva, culturalmente apropiada, sensible a las necesidades de género y el ciclo de vida y de una calidad aceptable para los y las usuarias. La mejor manera de asegurar el derecho a la salud será a través de los sistemas públicos de salud, y del resto de políticas públicas relacionadas con la misma.

### **DIFICULTADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD**

En este apartado es válido todo lo dicho en la revisión histórica relacionada con el desarrollo de la APS, donde se describían los procesos político-económicos que dificultaron la puesta en marcha de la misma. La mercantilización de la salud supone una vulneración del derecho humano a la salud, en tanto en cuanto esta debe ser entendida como un bien público no sujeto a rédito económico.

A estas dificultades históricas, debe añadirse dos desafíos ya vistos como consecuencia de la aplicación del criterio biomédico predominante en un contexto pluricultural como el de la región de las Américas, lo que impide la total aceptabilidad de la salud, y por tanto la garantía de este derecho. Así pues, por un lado la concepción restringida de salud ha dado como resultado que se la considere un asunto principalmente individual y orientado a la curación, en desmedro de los aspectos colectivos, políticos, sociales, económicos...

Por otro lado el modelo biomédico, al no dar cuenta de otras concepciones de salud, impide la pertinencia intercultural, restringiendo el derecho a la salud de grupos específicos en aspectos tan sencillos como poder recibir la atención en su idioma. Esto puede deberse a que aún se mantienen mecanismos de legitimación cultural a partir de la negación o rechazo a otras formas de entender y atender la salud-enfermedad, incluyendo las de modelos de salud de los pueblos originarios así como las del modelo de auto-atención que cada ser humano tiene aprendido del contexto en el que vive.

### **EL DERECHO A LA SALUD COMO ENFOQUE Y LOS OTROS ENFOQUES TRANSVERSALES**

El derecho a la salud es uno de los cuatro enfoques sobre los que se basa el modelo propuesto. Este debe abordarse en conjunto con los otros tres enfoques: género, pertinencia intercultural y medio ambiente, ya que estos cuatro enfoques están estrechamente relacionados entre sí para garantizar los derechos de los distintos colectivos: pueblos indígenas, mujeres, así como los relacionados con la protección del medio ambiente.

La relación del derecho a la salud con los otros tres enfoques parte de reconocer que existen grupos de población que han sido excluidos y discriminados (p.e. pueblos indígenas y mujeres), por lo que se necesitan acciones específicas que permitan mejorar sus condiciones sociales y de vida (acciones afirmativas) para asegurar la reducción de las desigualdades.

Desde una perspectiva de salud pública, estos enfoques ayudan a comprender mejor el proceso de salud-enfermedad de las personas y las comunidades, siendo útiles para impulsar intervenciones más adecuadas a las necesidades de salud, realizando acciones que atienden las más urgentes y de corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, el grupo y su entorno.

A nivel operativo los cuatro enfoques se reflejan de manera transversal en todos los componentes del primer nivel de atención, para con ello influir en todas las decisiones, ya sea sobre el contenido de la atención, la conformación de equipos, las normas y el clima organizacional, la relación con los grupos comunitarios....

## ELEMENTOS PARA LA CONCRECIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Al tratarse de un enfoque transversal a todo el sistema, el derecho a la salud está vinculado a todos los elementos del modelo de atención y gestión en salud. De manera operativa, la propuesta extraída de la práctica nos indica que el derecho a la salud se cumple a partir de la atención continua, permanente, intra y extramuros a las personas, familias y comunidades en el primer nivel de atención, siempre y cuando se den las siguientes cinco cualidades:

### ORGANIZACIÓN Y ASIGNACIÓN EQUITATIVA DE RECURSOS EN BASE A MÚLTIPLES CRITERIOS

La construcción de infraestructuras y la asignación de recursos (humanos y materiales) para los servicios de salud no sólo debe tomar en cuenta la cantidad de población (habitantes y familias), sino también otros aspectos como la dispersión geográfica de la población, las vías de acceso y de comunicación, la topografía del terreno, el clima y las relaciones entre diferentes grupos. La toma en cuenta de todos estos criterios permite la conformación de unas unidades sociogeográficas de trabajo (llamadas por nosotros sectores y territorios), así como la definición de la ubicación de las unidades de atención de primer nivel que garantizarán el derecho a la salud de forma efectiva. Sólo con una buena organización del territorio se consigue la estimación adecuada de la carga laboral, y por ende de la necesidad de recursos para la asignación equitativa de los mismos. Además facilita la planificación de actividades de manera eficiente y el seguimiento eficaz de las mismas. Todo ello en aras de una garantía real del derecho a la salud para todas las personas.

### COBERTURA UNIVERSAL GRATUITA

La atención debe brindarse a todas las personas en sus diferentes etapas de vida y en los espacios individual, familiar y comunitario, no limitándose a grupos poblacionales concretos a través de programas selectivos. Toda persona identificada por el sistema debe estar cubierta en todas sus necesidades, sin posibilidad de exclusión por razón de raza, cultura, género, edad, procedencia geográfica.... Además el sistema no debe proveerse de gastos de bolsillo por parte de los y las usuarias, sino que debe dar el servicio completo financiándose a través de provisiones mancomunadas, preferentemente de origen público. Se puede dejar a decisión local la posibilidad de aportes colectivos (en especie, financiero o de trabajo) siempre y cuando estos no vinculen el acceso de las personas a los servicios públicos de salud.

La cobertura del primer nivel de atención no debe quedarse solamente en la atención de la demanda de servicios, sino también debe buscar activamente a personas, familias y grupos para abordar las determinantes, condicionantes o riesgos que impiden el derecho a la salud. Es sencillamente brindar atención preventiva y llevar a cabo acciones de promoción de la salud conforme a los principios de Alma Ata.

El derecho a la salud en el primer nivel de atención se cumple siempre y cuando se organicen equitativamente los recursos, se garantice la cobertura universal, se aborde la integralidad, se haga con calidad y se articule con la población y sus actores.

## INTEGRALIDAD

Cuando los sistemas de salud siguen haciendo mayor énfasis en la atención curativa, limitándose al tratamiento de enfermedades pero sin abordar el verdadero origen de éstas, no podemos hablar de un efectivo derecho a la salud sino derecho a la curación. Por integralidad debe entenderse que atención en salud incluye acciones tanto de promoción y prevención como de curación y rehabilitación. Esto no se logra con la fragmentación de la atención, a través de programas verticales, sino con la horizontalización de los mismos a través de estrategias a nivel individual, familiar y comunitario.

Cuando los sistemas de salud hacen énfasis en la atención curativa, limitándose al tratamiento de enfermedades sin abordar el origen de éstas, no podemos hablar de un efectivo derecho a la salud sino de derecho a la curación.

Pero por integralidad también debe entenderse tomar en cuenta los aspectos sociales más allá de los biológicos, tanto de los individuos como de su entorno familiar y comunitario. Ello lleva aparejada la inclusión en la atención de enfermedades no reconocidas por la biomedicina, y trabajar en los determinantes y condicionantes culturales de la salud de las familias y las comunidades. En este sentido debe articularse, dentro del mismo sistema, un proceso de referencia y contrarreferencia a otros terapeutas tradicionales cuando se detectan enfermedades o problemas de su competencia.

Para llegar a una verdadera integralidad es necesario trabajarla desde los recursos humanos en salud, en la medida en que la atención en todos y cada uno de sus componentes (promoción, prevención, curación y rehabilitación) deben ser realizados por el mismo equipo de trabajo en estrecha coordinación. Esto le da al personal un mayor conocimiento y comprensión sobre la población con la que trabajan y permite adecuar la atención a las necesidades locales.

Integralidad debe entenderse también como, para casos de problemas de mayor complejidad, contar con un sistema articulado de referencias a niveles superiores (segundo o tercer) de atención. Este sistema de referencia, así como el de los terapeutas tradicionales, permite integrar la atención entre diferentes servicios, instituciones y modelos, en la línea del fortalecimiento de redes integrales e integradas de servicios de salud en el marco de la APS renovada

## CALIDAD

El derecho a la salud solo se garantiza si se dota al sistema de las infraestructuras y recursos necesarios para alcanzar la calidad que demanda el y la usuaria de los mismos. Por ello se debe contar con una infraestructura sanitaria y formal específica para el primer nivel de atención en salud (puestos de salud), conforme a los parámetros de calidad normados en el país y que satisfacen la demanda de la comunidad en la que se inserta. Lo mismo para los recursos humanos, su formación y adecuación cultural, y los equipamientos y materiales mínimos para el correcto desempeño de las funciones asumidas por el personal.

Además la calidad de la atención se mide por el cumplimiento de las normas de atención y vigilancia de la salud establecidas en la política nacional. Dicha atención debe asegurar la no discriminación, la protección del entorno y la detección de riesgos. Además se debe contar con el acompañamiento y monitoreo de equipos de supervisión para el control de calidad y la mejora continua a través de la formación permanente.

## ARTICULACIÓN CON GRUPOS COMUNITARIOS Y AUDITORÍA SOCIAL EN SALUD

Se debe fortalecer a las comunidades y sus individuos en el empoderamiento ciudadano, ya que son ellos los titulares del derecho a la salud, y la atención es una obligación que cada individuo particular o la comunidad en su conjunto puede demandar al Estado. Este empoderamiento es necesario frente a situaciones pasadas donde se entendía la atención como un producto sujeto a la compra/venta del mercado (pago de bolsillo) o una asistencia caritativa a grupos desfavorecidos.

El empoderamiento es un proceso comunitario que se trabaja con y desde las organizaciones comunitarias, y que permite impulsar no sólo acciones sanitarias de carácter curativo, sino también la toma de conciencia sobre determinantes y condiciones de la salud, y el trabajo comunitario para la reducción de los riesgos de enfermar y mejorar las condiciones de vida de la población.

Es decir, el derecho a la salud debe concretarse a partir de: el reconocimiento del Estado como sujeto de obligaciones; el empoderamiento de los individuos y las comunidades como sujetos de derecho; y el impulso de acciones concretas individuales y colectivas para la reducción de riesgos y la mejora de las condiciones de vida.

El derecho a la salud debe concretarse a partir de: el reconocimiento del Estado como sujeto de obligaciones; el empoderamiento de los individuos como sujetos de derecho; y el impulso de acciones concretas para la mejora de las condiciones de vida.





## SEGUNDA CLAVE: REPENSAR LA SALUD A PARTIR DE UNA MULTI-CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Usualmente la salud-enfermedad se define a partir de un concepto unívoco, aplicable por igual a todas las sociedades. Aunque existen diferentes concepciones, continúa dominando la del modelo “clásico bio-médico”. Con el documento recuperamos los aportes del nuevo paradigma de la ciencia, del pensamiento complejo y de los modelos de salud de los pueblos indígenas.

Tomando como punto de partida que en cada sociedad coexisten varios conceptos y prácticas alrededor de la salud-enfermedad en constante retroalimentación, se propone una multi-concepción incluyente de carácter procesal y multidimensional, y se termina esbozando sus principales implicaciones en el ámbito de la salud pública y la epidemiología.

### LOS INCONVENIENTES DE PARTIR DE UNA DEFINICIÓN ÚNICA DE SALUD

La definición actual de salud hecha por la OMS, y formulada hace más de seis décadas, es “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad*”. En su momento fue contestataria a la concepción de salud como ausencia de enfermedad pero hace tiempo que viene siendo criticada por tener un carácter utópico e impreciso, por su falta de delimitación de lo físico, mental y por su ambigüedad en cuanto a su referencia individual o colectiva. Recientemente la literatura científica identifica al menos tres problemas en torno a esta definición:

- Contribuye a la medicalización de las sociedades, ya que el requerimiento de *completo bienestar* ubica a la mayoría de las personas en calidad de no sanas.
- Declara a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades definitivamente como enfermas, hecho grave en un contexto global donde envejecer padeciendo alguna enfermedad crónica se ha convertido en norma.
- El completo bienestar no resulta ni medible ni se puede operativizar fácilmente, por lo que la definición se vuelve “impracticable” a pesar de que la OMS ha desarrollado numerosos sistemas de clasificación de enfermedades.

Las propuestas más recientes de reformulación del concepto de salud han ido en la línea de definirla como la habilidad de adaptarse al contexto/medioambiente. Sin embargo en los debates científicos actuales parece seguir predominando una definición única y de énfasis individual, en desmedro de una dimensión colectiva, multidimensional y relacional.

En este documento proponemos recuperar los aportes de modelos de salud distintos al de la biomedicina clásica para comprender el proceso salud-enfermedad desde diferentes dimensiones y relacionado con el entorno en que se desarrolla.

## PARADIGMAS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Según la sistematización hecha por la OPS para los pueblos indígenas, la salud sería *“la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y a la tranquilidad espiritual, individual y social”*. Por ejemplo el concepto de salud desde la percepción maya es el equilibrio en las tres dimensiones de la existencia humana: lo material (*biológico, fisiológico, anatómico y mecánico*), lo energético y lo social. De ahí la importancia para la salud que tienen estas dimensiones más allá del individuo y de lo físico.

También dentro del ámbito científico está emergiendo un nuevo paradigma crítico con los procesos de conocimiento de carácter fragmentario. El método científico clásico, desde Descartes y Newton, propone la descomposición de los problemas en partes más simples que, analizadas por separado, llevarían a la comprensión del todo, y por ende al universo como un “mecanismo de relojería” gobernado por leyes naturales e inmutables, donde la explicación de los hechos se rige por una inmutable relación causa efecto. Sin embargo una nueva corriente científica aboga por el pensamiento de la complejidad, con nuevos postulados abiertos a racionalidades más integrales. Los principales rasgos de este nuevo paradigma y su contraposición al paradigma científico clásico se presentan en la siguiente tabla:

**TABLA 3: PREMISAS BÁSICAS DEL NUEVO PARADIGMA DE LA CIENCIA**

PARADIGMA CLÁSICO	NUEVO PARADIGMA
Separación del todo en sus partes	Las propiedades de las partes solo pueden ser entendidas a partir del todo
Separación entre observador- objeto observado	No existe separación entre observador y objeto observado
Realidad reducida a lo observable, fragmentada	Realidad como red de relaciones interconectadas entre sí, lo cual incluye a observadores y sus descripciones
Conceptos y teorías comprobables adquieren categoría de verdad	Conceptos, teorías y descubrimientos son meras aproximaciones pero no son la realidad
Determinismo	Incertidumbre

Si bien este nuevo paradigma se está introduciendo en otros campos del conocimiento, en el ámbito de la medicina y de la salud, el reduccionismo sigue siendo la principal lógica imperante. Cuestionar el paradigma científico clásico en la salud invita a la revisión del modelo médico hegemónico en él sustentado. Este paradigma clásico se ha expresado en la biomedicina a partir de:

- El predominio de la dimensión biológica, curativa e individual, que llega a “deshumanizar” los servicios porque reduce la persona a un solo aspecto: lo biológico.
- El proceso de curación centrado en la intervención, ya sea farmacológica o quirúrgica.
- La especialización y parcelación, no solamente del conocimiento sino también del proceso de atención.

- La separación entre las especialidades “físicas” y las disciplinas que abordan la “mente”.

Pero el proceso salud-enfermedad, como fenómeno complejo, requiere abordajes más integrales así como una apertura a otras racionalidades más intuitivas, de ahí que estos nuevos paradigmas antes mencionados puedan ser más apropiados que la concepción clásica. Así pues desde la teoría de la complejidad se nos propone entender la salud-enfermedad como *“una unidad procesal y dialógica que en la práctica constituye un sistema dinámico, que se integra por las relaciones no lineales de los sujetos considerados sanos o enfermos, con la familia, los actores institucionales con los representantes de los saberes populares relacionados con la salud, con las personas cercanas y lejanas, todo ocurriendo en espacios de interacción como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad”*.

Desde este nuevo paradigma se lograría superar la parcelación y fragmentación del proceso salud-enfermedad, partiendo de la base que todos los sistemas que constituyen el mundo se caracterizan por sus interconexiones y su recíproca interdependencia. Se debe pasar de los saberes mono o pluridisciplinarios hacia la transdisciplinariedad, operativizada a través del diálogo de conocimientos.

## LA MULTI-CONCEPCIÓN INCLUYENTE DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA

Si hacemos un análisis social, podemos observar que actualmente conviven de manera simultánea en la población, incluso en cada una de las personas, diferentes conceptos o maneras de explicar el proceso salud-enfermedad (desde lo biológico a lo ecológico, sociológico, trascendente o mágico entre otros). Por ello, como ya hemos postulado, la manera de explicar el proceso de salud-enfermedad no puede ser un concepto único que se aplique a todas las sociedades por igual, ni dentro de una misma sociedad hay un concepto único de salud, sino más bien la existencia, en paralelo y en constante retroalimentación, de varios conceptos y prácticas en el campo de la salud-enfermedad.

A pesar de que a la definición original de salud le han ido surgiendo avances conceptuales expresados en las visiones de la APS, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes sociales, en la práctica de la salud pública en la región continúa predominando la concepción biomédica clásica o lo que hemos llamado el “modelo médico hegemónico” (MMH). Caracterizado éste por ser biologista, estático, individual y ahistórico. Este modelo se ampara académicamente a partir del paradigma científico clásico cuyas limitaciones ya han sido expuestas.

En este documento se parte de recuperar los aportes del nuevo paradigma de la ciencia y de los modelos de salud distintos al de la biomedicina, para hacer un abordaje del concepto salud-enfermedad a partir de una multiconcepción incluyente con dos aspectos esenciales: su carácter procesal y su naturaleza multidimensional. Lo **procesal** enfatiza que la salud-enfermedad no es algo estático sino en movimiento y constante cambio. Y lo **multidimensional** se refiere a que es un proceso influido no sólo por lo biológico sino por aspectos sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, espirituales y energéticos entre otros, que inciden sobre las personas, las colectividades y el entorno.

En la siguiente tabla hacemos una comparativa entre las diferencias, en relación a la concepción del proceso salud-enfermedad, del modelo médico hegemónico y la del modelo que proponemos, integral e incluyente.

El proceso de salud-enfermedad no puede ser un concepto único que se aplique a todas las sociedades por igual, ni dentro de una misma sociedad hay un concepto único de salud, sino más bien la existencia de varios conceptos y prácticas en paralelo.

**TABLA 4: DIVERGENCIAS DE CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

CONCEPCIÓN DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	MULTI-CONCEPCIÓN DE UN MODELO INTEGRAL E INCLUYENTE
Salud y enfermedad como polos excluyentes y contradictorios	Salud y enfermedad como unidad dialógica
Biologista	Multidimensional
Individual	Individuo, familia, comunidad, entorno
Ahistórico	Procesal
Determinista (relación causa-efecto)	Relacional, incertidumbre, dialógico

Apostar por una nueva multiconcepción en salud integral e incluyente como la arriba propuesta conduce a una reforma del pensamiento en salud y a un reposicionamiento del sistema de salud que se caracterizará por:

- Relativizar el rol y la importancia de los servicios institucionales de salud, pues son uno más en el entramado de actores sociales, políticos e instituciones relacionados con la salud.
- Reconocer la necesidad de articular e integrar el cuidado de la salud y la vigilancia epidemiológica dentro de la sociedad en que se desarrollan.
- Reconceptualizar a las personas, familias y comunidades desde una perspectiva multidimensional, interrelacionados y con una diversidad de intereses.
- Pasar de intervenciones verticales, curativas y parciales (enfermedades, modos de transmisión o grupos de población) centradas en individuos, a intervenciones horizontales basadas en la integración de enfoques (promoción, prevención, curación) a nivel individual, familiar y comunitario.
- Aplicar enfoques transversales que contribuyan a la equidad tales como la pertinencia intercultural, el género y el enfoque ecosistémico del medio ambiente, a sabiendas de la estrecha relación entre estos elementos y los procesos de salud enfermedad.
- Reconocer la importancia del conocimiento y prácticas comunitarias propias de la sabiduría popular, siendo especialmente destacable el modelo de auto atención que se verifica en cada individuo o familia en su particular proceso de salud-enfermedad.
- Pasar de la intervención biomédica como único camino de curación, a la multiplicidad de caminos a partir de la integración de diferentes saberes, con miras a la articulación y complementación de saberes y prácticas dentro del sistema de salud.
- Reformular la formación y la gestión del personal de salud, desarrollando en ambos procesos y competencias que buscan la integración y la integralidad.

Todas estas características forman parte de las otras once claves propuestas en el presente documento y que se amparan en esta multiconcepción del proceso salud-enfermedad.



## TERCERA CLAVE: INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La participación social y la intersectorialidad son procesos multidimensionales estrechamente relacionados, ambos se condicionan mutuamente y juegan un papel fundamental en la promoción de salud.

Un primer nivel de atención en salud debe fortalecer la participación social y promover la intersectorialidad de la salud para poder garantizar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.

### LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA INTERSECTORIALIDAD, FUNDAMENTOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA RENOVACIÓN DE LA APS.

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de la participación social y la intersectorialidad dentro del campo de la salud; especialmente en lo referente a la posibilidad de desarrollar acciones de promoción de la salud, entendida ésta como la actuación sobre los determinantes, y desarrollar condiciones favorables para la salud.

Uno de los denominadores comunes que justifica impulsar la participación social y la intersectorialidad desde el sistema de salud es el reconocimiento de que para mejorar la situación de salud de la población no es suficiente el trabajo centrado sólo en los ministerios de salud, sino que se hace preciso una colaboración, complementariedad y sinergia entre todos los sectores del desarrollo, tales como la agricultura, la economía, la vivienda, la educación y otros servicios básicos; con la consiguiente participación de la comunidad en el diseño e implementación de estas políticas públicas que definen el desarrollo de un país.

La **participación social**, en estrecha relación con el primer nivel de atención, puede tener diferentes formas de acción que van desde una participación comunitaria centrada en la colaboración con las actividades sanitarias institucionalizadas, hasta aquella participación popular que se dirige a promover, gestionar o controlar la realización de proyectos o programas (mediante inversiones) como parte de la política pública de los diferentes sectores de desarrollo.

La **intersectorialidad** también es una condición para el logro pleno del derecho a la salud ya que orienta las políticas públicas de cualquiera de los campos del desarrollo en aras de la consecución de un mejor estado de salud trabajando desde la promoción y la prevención. La intersectorialidad si bien puede ser generada desde la acción local, también puede ser

Para mejorar la situación de salud de la población no es suficiente el trabajo de los ministerios de salud, sino que se hace preciso una colaboración y complementariedad entre todos los sectores del desarrollo.

motivada por decisiones centrales, pero independientemente cual sea su origen, debe ser considerada como uno de los elementos esenciales de la APS renovada.

En el documento sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, queda patente que la intersectorialidad y la participación son básicas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población puesto que facilitan intervenciones sanitarias que ponen el énfasis en la promoción y prevención de la salud desde el primer nivel de atención.

América Latina, en su devenir histórico, ha enfrentado una serie de aspectos desfavorables a los procesos de participación social tales como los regímenes autoritarios, las débiles democracias, la fragilidad institucional y las reformas de corte neoliberal.

## **OBSTÁCULOS PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA INTERSECTORIALIDAD EN LATINOAMERICA**

Pese al progresivo reconocimiento de la importancia de la participación social y la intersectorialidad en el campo de la salud, Latinoamérica, en su devenir histórico, ha enfrentado una serie de aspectos desfavorables a dichos procesos, entre los cuales cabe destacar:

- Los regímenes políticos autoritarios que han sido desfavorables a la participación social, provocando la desarticulación de las estructuras organizadas a través de procesos de represión, en muchos casos violenta.
- Las débiles democracias latinoamericanas distorsionadoras a veces de los mecanismos de participación y de gestión intersectorial establecidos a través del clientelismo político y la corrupción.
- Los frágiles aparatos estatales que muchas veces son incapaces de generar un liderazgo de la política pública. En particular, como se ha señalado, los ministerios de salud carecen de la suficiente capacidad técnica para regir al conjunto de instituciones u organizaciones en torno a la coordinación de políticas de salud.
- Las recientes reformas de salud de corte neoliberal que generaron o reforzaron el papel de entidades privadas en la prestación de servicios de salud y administración de fondos, fragmentando el sistema e impidiendo mecanismos colectivos y solidarios de lucha por el derecho a la salud.
- El predominio de enfoques que priorizan atenciones centradas en las personas y con énfasis curativo, limitando los enfoques de promoción y prevención, y en consecuencia dejando como residual o accesorio la participación plena de la población en la salud y aún menos la intersectorialidad.

Dentro del propio campo sanitario en la región, a todos los escalafones de los equipos de salud (desde políticos, gerentes y trabajadores) persisten claramente los siguientes obstáculos:

- Una concepción instrumental y no plena de la participación comunitaria o social
- Derivar en la población más desfavorecida la responsabilidad de tareas de prestación de servicios que debieran ser institucionalizadas. Esto usualmente se realiza a través de personal voluntario, comités de salud u otros, bajo la justificación de la autogestión local o la participación, pero sin un reconocimiento como parte del sistema.
- En otros casos, el establecimiento a dicho personal voluntario, comadronas o terapeutas comunitarios de un pago de estipendios o pequeñas gratificaciones, genera distorsiones en la motivación e interés para la participación social pues pasa a ser medido por mecanismos monetarios.

- Subestimar el conocimiento y prácticas de personas, familias o comunidades, estableciendo una relación asimétrica entre la institución y las comunidades, lo que conlleva la idea de normar u orientar a los grupos comunitarios de acuerdo a la visión e interés institucional.

Dada la importancia de contar con directrices claras que sitúen las acciones del sistema público de salud en cuanto a la participación e intersectorialidad, más adelante se plantean algunos elementos básicos orientadores para los equipos de trabajo del primer nivel de atención.

### **EL PAPEL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA INTERSECTORIALIDAD**

El punto central en este apartado será el de señalar la importancia que tiene apoyar, facilitar, contribuir o, en algunos casos, generar procesos de participación local desde el primer nivel de atención en salud, con el objetivo de poner en marcha acciones intersectoriales desde la propia comunidad. Algunos de los argumentos a favor de lo anteriormente dicho serían:

- Los equipos del primer nivel de atención en salud pueden fortalecer, acompañar y asesorar a organizaciones locales en sus procesos de diagnóstico de necesidades y problemáticas sentidas por la población, así como la promoción de iniciativas de desarrollo para solventar las necesidades detectadas.
- De manera similar a lo anterior, desde el primer nivel de atención se puede estimular e interactuar con las autoridades locales y municipalidades en el funcionamiento de los servicios sociales que posibilitan el desarrollo de la población.
- En la mayoría de los países latinoamericanos existen estructuras de gestión pública descentralizadas que cuentan con instrumentos para la gestión social y de políticas intersectoriales. Desde el primer nivel de atención se puede contribuir a generar las condiciones locales para poder aprovechar los espacios que la gestión pública tiene disponibles para la solución de problemáticas locales, municipales, departamentales o regionales.
- La visión sistémica, compleja e integrada de esta propuesta hace pensar que un primer nivel de atención fortalecido conlleva el trabajo conjunto con los otros niveles de atención y de gestión de los ministerios de salud, que serán determinantes en el apoyo a iniciativas locales dentro de los mecanismos de gestión pública establecidos.

Para llevar a cabo estos logros desde el primer nivel de atención deben establecerse actuaciones claramente estructuradas en el ámbito comunitario, organizando los equipos del primer nivel para esos fines. También desde el enfoque epidemiológico y el sistema de información se debe facilitar el análisis de las necesidades colectivas locales. Con ello se trabajaría de forma efectiva, dentro del primer nivel de atención, las acciones de prevención y promoción de la salud propuestas desde la APS renovada.

### **ELEMENTOS PARA LA CONCRECIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

La participación social y la intersectorialidad suponen para el primer nivel de atención institucional el establecimiento de relaciones con los representantes de la comunidad y/o la po-

Desde el primer nivel de atención en salud, de manos de sus equipos, deben establecerse actuaciones claramente estructuradas en el ámbito comunitario que fomenten la participación social y la intersectorialidad

blación en general y con otros sectores y espacios de planificación pública, lo que requiere un proceso de reorganización coherente para alcanzar lo que esto significa.

La participación activa de la comunidad es esencial para la efectiva implementación de cualquier acción de salud.

### LOS DIFERENTES ÁMBITOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El campo de la salud pública reconoce el importante papel de la comunidad en la consecución de las metas sanitarias de un país y su papel relevante en las atenciones preventivas y de promoción de la salud. Un aspecto relevante en la concepción y puesta en marcha de un primer nivel de atención en salud que aspire a la integralidad y a la inclusión es hacer una justa valoración, tomando en cuenta complejidades y dificultades, del trabajo en el ámbito comunitario. Así pues si se parte de la multi-concepción incluyente de salud presentada en este documento, se debe considerar que los conocimientos y prácticas institucionales no son las únicas existentes, ya que a nivel comunitario existe una gran riqueza de conocimientos y prácticas alternativas normalmente no incorporadas como parte del sistema de salud. Estos conocimientos y prácticas son consideradas como modelos de salud “alternativos” al clásico bio-médico (incluido el modelo de auto atención), forman parte de las lógicas socio culturales de las poblaciones y son las que dan sentido a las acciones familiares, grupales y organizativas a nivel de las comunidades.

En ese sentido, el primer nivel de atención es más que el punto de entrada de la comunidad en el sistema de salud como se piensa en muchos casos, es más bien *“la conjunción, articulación y complementación de los diferentes conocimientos y prácticas tanto del nivel institucional como del comunitario, enmarcado en las cuatro intervenciones de salud pública reconocidas (a saber la curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud). Esto teniendo como condición un fuerte compromiso institucional y una acción de la población como sujeto de su destino.”*

Con ello se trasciende el concepto de un primer nivel enmarcado solamente en los servicios oficiales de salud y se avanza hacia la idea de coordinación entre el personal institucional, los agentes de salud, los terapeutas tradicionales, los actores y organizaciones comunitarias.... Las acciones de la promoción y prevención dependen de la forma como se articula la dinámica comunitaria-familiar-individual de la población con los servicios de salud.

### EL CICLO ADMINISTRATIVO EN LO INSTITUCIONAL Y LO COMUNITARIO

Para el impulso de la participación social y la intersectorialidad en el primer nivel resulta fundamental que los equipos de trabajo comprendan la naturaleza distinta de lo institucional y lo comunitario. El primero es una organización con continuidad que opera con base a normas, estandarización de acciones, deberes oficiales, división del trabajo y una estructura jerárquica bien definida, existiendo funcionarios públicos y equipos que reciben remuneración por su trabajo. Mientras que el segundo es el espacio poblacional donde se implementa la atención integral, el cual es multidimensional como expresión de procesos políticos, culturales, organizativos, técnicos y socioeconómicos específicos locales. Además se trata de un colectivo local con prácticas y conocimientos propios generando sus propias síntesis de manera dinámica y según sus necesidades.

De acuerdo a ello, en el siguiente esquema se propone la participación con características diferenciadas según sea institucional o comunitario para cada uno de los ámbitos señalados en el ciclo administrativo (ver última clave de gestión):

**TABLA 5: TIPOS DE PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN, CONTROL Y PERSONAL, POR ÁMBITO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD**

ETAPA DEL PROCESO	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO
<b>PLANIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégica.</li> <li>• Operativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participativa con base a necesidades locales</li> <li>• Estratégica –medio y largo plazo–.</li> <li>• Proyectos relaciones con diferentes sectores.</li> </ul>
<b>ORGANIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios organizacionales básicos adaptados equitativamente a los contextos locales.</li> <li>• Lógica institucional de carácter público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condicionada por lo histórico</li> <li>• Múltiples lógicas e intereses</li> <li>• Contingente con base a la realidad comunitaria</li> <li>• Permanente con base a ciertas necesidades específicas.</li> </ul>
<b>DIRECCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégica basada en el trabajo en equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participativa y con base en la organización comunitaria previamente existente.</li> <li>• Líderes históricos incorporados como líderes formales o informales de diversa índole.</li> </ul>
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basado en el trabajo en equipo.</li> <li>• Acompañamiento o supervisiones formativas.</li> <li>• Seguimiento de indicadores (procesos y resultados, impacto).</li> <li>• Evaluaciones periódicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participativo basado en la acción política y social de las comunidades.</li> <li>• Fiscalización social.</li> </ul>
<b>PERSONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferentemente local.</li> <li>• Adecuación entre competencia y perfil de desempeño.</li> <li>• Polifuncionalidad</li> <li>• Condiciones laborales apropiadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención en su forma y contenido, decidida por la misma comunidad de acuerdo a sus intereses                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuos, familias, redes y grupos organizados pertenecientes a los conjuntos socio-culturales locales.</li> <li>- Terapeutas, especialmente del modelo de salud indígena o tradicional local.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: modificado de INS, 2001.

A modo de resumen del cuadro, se constata que el ámbito institucional está mucho más normado y cuenta con procesos administrativos, ambos espacios amparados en políticas nacionales. Mientras que el ámbito comunitario, los diferentes procesos normativos y de administración son procesos dinámicos y específicos de cada uno de los grupos poblacionales en los que se desarrollan.

### REORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL: LAS CLAVES DE ESTE DOCUMENTO

Como ya se ha comentado, ninguna de las claves descritas se considera aislada de las otras, por lo que para lograr avanzar en la participación social y llegar a tener acciones intersectoriales desde un primer nivel de atención fortalecido, se debe trabajar dentro de las otras claves de este documento. A continuación mencionamos algunos elementos que ya han salido o saldrán en este documento y que están estrechamente relacionados con participación social e intersectorialidad:

- Se debe contar con una intervención a nivel comunitaria totalmente desarrollada y que horizontalice los diferentes programas verticales a ella referida, lo que conlleva un diseño programático completo con sus respectivas tácticas operativas, principalmente dirigidas al trabajo con organizaciones y a la gestión comunitaria.
- La vigilancia en salud debe tener un enfoque poblacional que permita en los análisis de situación de la salud (institucionales y/o comunitarios) la relación de los determinantes, condicionantes y riesgos con los daños a la salud.

- Relacionada con la anterior, se requiere de un sistema de información que facilite el uso de la misma a nivel institucional y comunitario en el primer nivel de atención. Debe existir un compromiso institucional de devolución comunitaria de la información que se ha obtenido desde dicha comunidad (entiéndase que sólo aquella que sea útil a líderes y organizaciones en su gestión del desarrollo comunitario).

Para alcanzar los objetivos en el primer nivel de atención en salud se deben fortalecer y sensibilizar a las autoridades de salud y a los diversos actores del proceso.

### MÁS ALLÁ DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Pero además en cada país hay estructuras estatales de planificación nacional donde deben involucrarse todos los niveles, desde lo local a lo nacional. Estas estructuras, a veces intersectoriales, son cauce para la gestión y seguimiento de iniciativas de desarrollo.

El fortalecimiento de estas estructuras también pasa por un primer nivel de atención desarrollado y en estrecha coordinación con las organizaciones comunitarias y/o con la población. Lamentablemente, en muchas ocasiones, las lógicas institucionales dentro de estas estructuras nacionales, y sobre todo si son de otros sectores diferentes al de la salud, generan serios obstáculos para que una gestión emanada del primer nivel sea efectiva. Es por ello que dentro de esta clave señalaremos la importancia del trabajo, básicamente desde los equipos de primer nivel, de fortalecimiento de la población, las organizaciones y/o autoridades de la misma, para conocer y aplicar las leyes, normas, reglamentos y políticas con el fin de lograr incidir en la gestión pública desde el apoyo, coordinación y necesidades de las comunidades.



## **CUARTA CLAVE: LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL PRIMER NIVEL**

Ante el reto que enfrenta la APS renovada en cuanto a ampliar la visión de adecuación cultural y posicionarse sobre el tipo de articulación entre los sistemas de salud oficiales y otros modelos de salud (especialmente los de los pueblos indígenas y la auto-atención); en este apartado se presenta una propuesta de articulación denominada “coordinación en paralelo” desde la que se plantean el conocimiento, comprensión y fortalecimiento de dichos modelos de salud, la identificación de perfiles epidemiológicos socioculturales y la coordinación e intercambio horizontal con sus terapeutas, así como la puesta en práctica de acciones de pertinencia intercultural en los niveles individual, familiar y comunitario.

Mucho antes de que la práctica sanitaria se configurara en un modelo biomédico reparativo, centrado en el individuo, el hospital, la medicalización y el uso de tecnologías poco apropiadas a la realidad local, otras visiones de la salud iban creciendo en América. En ella, y contrariamente a lo que las teorías desarrollistas indicaban, la expansión de Occidente no significó la “aculturación” de las poblaciones originarias. Antes, durante y después de la “biomedicalización” de la salud las sociedades latinoamericanas de origen indígena tenían y mantienen otros conocimientos, prácticas y, en muchos casos, sus propios modelos de salud. Conocimientos, prácticas y modelos que incorporan una visión ecológica profunda y aspectos que trascienden la medicina convencional tales como la dimensión energética y espiritual, entre otras cualidades. Es por ello que desde este documento hemos tratado de no obviar esta realidad a la hora de realizar toda una serie de propuestas con las que transformar los sistemas de salud de la región.

### **EL RETO DE LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA RENOVACIÓN DE LA APS**

Los documentos de APS renovada solamente hacen mención a la diversidad cultural como barrera para un acceso y cobertura universal (OMS 2005) junto a otros factores como los geográficos, organizacionales, de género o financieros, si bien se habla del respeto por las preferencias en salud y de la adecuación cultural de los servicios (OMS/OPS-2008), no se expresa una posición respecto a cuál debe ser la articulación entre los sistemas de salud oficiales y los modelos de salud distintos al de la biomedicina, especialmente los de los pueblos indígenas (lo que implica indefectiblemente definir el tipo de relación a establecer con sus terapeutas).

Sin embargo la pertinencia cultural lleva trabajándose en la región más de tres décadas. En esa línea, 1984 marca un hito con la firma del Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales. Posteriormente, en 1993, se realiza el primer taller hemisférico de pueblos indígenas en Canadá. Allí, Perú, México, Ecuador y Bolivia, entre otros 18 países miembros de la OPS, acordaron la necesidad de un abordaje integral de la salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, a una participación sistemática en el diseño y atención de su salud, el respeto y la revitalización de sus culturas y la reciprocidad en las relaciones interculturales.

A raíz de este taller se establece la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas SAPIA (1994), que entre sus principales objetivos, alineados con la APS, se encuentran:

- El impulso a la promoción de la salud.
- El desarrollo de sistemas de salud locales con participación de la población.
- La inversión en salud ambiental, preservación del hábitat y la forma de vida tradicional.
- La formación de recursos humanos locales.
- La generación de sistemas de evaluación de medio y largo plazo para la vigilancia de la salud de las poblaciones indígenas.
- El desarrollo de aspectos políticos, legales y éticos para el respeto y la revitalización de las identidades indígenas.
- El desarrollo de programas sobre problemas de salud de particular importancia en estos colectivos, como son la violencia, el alcohol, las enfermedades infecciosas....

La pertinencia cultural es una necesidad para la universalización del derecho a la salud y una apuesta por el fortalecimiento del sistema de salud, buscando su adecuación y una mayor calidad e integralidad del mismo.

Posteriormente se ha buscado consolidar esta iniciativa con documentos tales como el *Plan de Acción 1995-1998 para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas*. Sólo en 2002, con la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, se ha pretendido asegurar el uso de la Medicina Tradicional y la Medicina Complementaria y Alternativa dentro del sistema de salud.

En un contexto de considerables avances en cuanto a las reivindicaciones de los pueblos indígenas en torno a sus derechos, la pertinencia cultural es una necesidad para la universalización del derecho a la salud. Por eso en la presente clave se busca presentar una propuesta que recupere lo mejor de toda esta reflexión y a la vez aporte un planteamiento para su articulación y operatividad dentro del sistema de salud, sin el cual difícilmente se puede llevar a la práctica la pertinencia intercultural en el primer nivel de atención.

### **VISIÓN DE LA PERTINENCIA INTERCULTURAL Y BASES PARA EL DIÁLOGO**

El concepto 'pertinencia cultural' es más amplio que el de 'adecuación cultural'. Este último hace referencia a la adaptación del servicio desde la mirada de la institución, se trata de una categoría que pone el acento en el proveedor y en su criterio de qué es 'lo más adecuado' para atraer a la población al servicio de salud (UNFPA, 2012). La categoría 'pertinencia' pone el acento en la mirada de las personas, apela a una visión dialogada. Implica que exista complementación entre conocimientos, sabidurías y prácticas de los diversos actores (institucionales y comunitarios), lo que implica la coordinación entre todos los terapeutas locales (institucionales o "tradicionales").

La pertinencia intercultural es una apuesta por el fortalecimiento del sistema de salud, buscando no solo su adecuación sino una mayor calidad e integralidad, atributos que incluyen múltiples dimensiones expresadas por las personas, las familias o la comunidad, así como en las relaciones entre éstos y el medio ambiente. Desde esta visión la pertinencia intercultural significa articular dentro de un solo sistema de salud diversos modelos de salud, institucionales o comunitarios, a partir de una relación respetuosa y no de subordinación. El encuentro o diálogo entre actores con distintas lógicas socio culturales, saberes y prácticas dirigidas a la resolución de sus necesidades y problemáticas de desarrollo local, se vuelve necesario, no solo para eliminar progresivamente la discriminación, sino también para asegurar el derecho a la salud de grupos tradicionalmente marginados y lograr una mayor eficacia de las acciones sanitarias.

En salud pública la ausencia de un enfoque de pertinencia intercultural ha llevado a la vigencia de un único modelo de salud de base biomédica, circunscrita a un paradigma neopositivista. Esto ha dejado fuera del sistema a los actores de medicina tradicional, cuyos conocimientos y prácticas no han sido tomados en cuenta en los sistemas públicos de salud, lo que ha generado el distanciamiento y desconfianza mutua. Esta “exclusión cultural” explica en gran medida las dificultades para el logro del cumplimiento del derecho pleno a la salud de los pueblos originarios e indígenas, al mismo tiempo que da cuenta de la relación que se establece entre diversidad cultural y desigualdad en los indicadores sanitarios y de desarrollo en general.

Pero la pertinencia intercultural debe ir más allá de la articulación con los modelos de salud, ya que debe partir del reconocimiento en una misma sociedad de grupos sociales con distintas características o lógicas socioculturales, muchas veces en conflicto, en el ámbito comunitario. En aras de una articulación efectiva, es importante reconocer que la mayoría de sistemas de salud son complejos, es decir, coexisten en ellos varios modelos que a veces pueden establecer lazos de cooperación mientras que en otros pueden competir e incluso entrar en conflicto. En este sentido, dichas relaciones pueden describirse como de hegemonía (modelo biomédico) y de subordinación (modelos tradicionales y modelo de autoatención). En el caso de este último, el de autoatención, es de especial importancia para las propuestas de pertinencia intercultural pues en él son todos y cada uno de los individuos quienes articulan y resignifican los modelos oficiales y tradicionales de salud. Es decir, es en la autoatención donde se gesta una verdadera pertinencia intercultural y donde debemos buscar la posibilidad de construir un modelo de salud de calidad verdaderamente respetuoso de la diversidad.

Los sistemas de salud han sido entendidos como algo propio del ámbito institucional, desde una perspectiva de APS renovada esta idea ya no es suficiente pues la salud integral implica también el trabajo intersectorial y la plena participación comunitaria. Además no se puede excluir del sistema de salud a los terapeutas tradicionales y sus métodos, para los cuales el propio sistema debe generar criterios de legitimación y reconocimiento. Por otra parte, como se ha expuesto en el párrafo anterior, los sistemas de salud también los conforman los individuos y sus familias con sus saberes y prácticas de autoatención.

A continuación se presenta una propuesta, la coordinación en paralelo, que plantea pasos para la coordinación y el reconocimiento mutuo que permita emprender el camino hacia una configuración distinta de los sistemas de salud.

El encuentro y diálogo entre actores con distintas lógicas culturales, saberes y prácticas se vuelve necesario no solo para eliminar progresivamente la discriminación, sino también para asegurar el derecho a la salud de grupos tradicionalmente marginados y lograr una mayor eficacia de las acciones sanitarias.

## LA COORDINACIÓN EN PARALELO Y SU APLICACIÓN OPERATIVA

La mayor parte de América Latina cuenta con población indígena o pueblos originarios, reconocidos legal o constitucionalmente. Esto ocurre en los tres países en los que se desarrolla la experiencia que da sustento a este documento ya que Bolivia, Guatemala y Perú cuentan con declaraciones políticas que reconocen la existencia de modelos de salud tradicionales. Además en estos tres países sus programas políticos de salud plantean, desde lo teórico<sup>7</sup>, acciones de reconocimiento y coordinación con terapeutas tradicionales.

En un intento por establecer un punto de partida mínimo que permita gradualmente mayores niveles de reconocimiento (como los ya logrados en Bolivia), en este documento proponemos la Coordinación en Paralelo. Es decir, la articulación y complementación entre diferentes modelos a partir de las siguientes estrategias:

- el conocimiento y comprensión de otros modelos de salud (pueblos indígenas y auto-atención).
- la identificación de perfiles epidemiológicos socio-culturales.
- la pertinencia intercultural en la atención individual, familiar y comunitaria.
- el apoyo a las organizaciones de terapeutas de pueblos indígenas.
- la coordinación e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas.
- la inclusión de un sistema de referencia y respuesta entre modelos.

*La coordinación en paralelo es la articulación y complementación entre diferentes modelos y se logra a partir del conocimiento y comprensión entre ellos, la identificación de perfiles epidemiológicos socio-culturales, la pertinencia intercultural en la atención, el apoyo a los terapeutas indígenas y el intercambio horizontal.*

A continuación se exponen algunos ejemplos concretos de las estrategias enunciadas que ya han sido operativizados en los tres países mencionados. En ellos se han recuperado de alguna forma las propuestas previas que desde la OMS (relativas al fomento de los sistemas de salud tradicionales) o en el marco de la iniciativa SAPIA (sobre la promoción de la salud, la participación de la población, los recursos humanos y los sistemas de evaluación) ya se venían trabajando:

- La atención integral, siempre que se requiera, debe ser brindada en el idioma local y atendiendo a sus costumbres. Para ello resulta fundamental la formación y selección de personal cercano a las comunidades, así como unas guías de abordaje especialmente diseñadas con pertinencia intercultural.
- Se debe incluir en los procesos de formación reglada de ámbito sanitario elementos de sensibilización y apropiación del enfoque de pertinencia intercultural, así como la adquisición de competencias, tanto conceptuales como actitudinales y procedimentales, sobre el enfoque intercultural.
- La atención (integral) en el nivel individual debe servir de puente de comunicación con las lógicas socioculturales de la población (modelo de auto-atención). Es decir, se debe indagar sobre el autodiagnóstico y el camino de las personas enfermas, lo que será un insumo tanto para un diagnóstico integral como para el tratamiento. Así mismo, en la investigación de todas las muertes ocurridas, debe contemplarse la obtención de toda la información sobre el modelo explicativo de las personas y familias en relación con las causas de muerte (tipo de ayuda solicitada y los diferentes tratamientos recibidos).

<sup>7</sup> A nivel práctico, la cosa cambia y sólo cabe destacar el caso particular de Bolivia, que en el contexto del actual gobierno, se ha brindado el reconocimiento político y oficial a terapeutas tradicionales y en algunos lugares se les ha integrado a los establecimientos de salud en su rol de terapeutas..

- El sistema de referencia y contrarreferencia debe contemplar también las referencias a terapeutas tradicionales y el apoyo a las personas referidas por éstos. Previo a ello, serán necesarios procesos de construcción de confianza y acuerdos mutuos de coordinación (en paralelo nunca de subordinación) con dichos terapeutas, previamente reconocidos en directorios con una información mínima (ubicación y especialidad).
- En el ámbito familiar se debe tener un amplio conocimiento de las características socioculturales de las unidades familiares y, a partir de ello, identificar riesgos y factores protectores con pertinencia intercultural. Así mismo se debe conocer cuál es el uso de otros modelos de salud de cada una de las familias.
- En el ámbito comunitario se debe tomar en cuenta las diferentes variables socioculturales en los análisis de situación de salud, desarrollar diálogos horizontales e intercambios de experiencias con terapeutas tradicionales, además de apoyar su organización y desarrollo. En general los equipos de salud deben respetar la dinámica y organización previamente establecidas, y a partir de ellas iniciar el trabajo comunitario del primer nivel de atención.
- Los análisis de situación de salud y los perfiles epidemiológicos locales deben incluir diferentes variables socioculturales relacionadas con determinantes, condicionantes y riesgos de salud, así como las enfermedades más importantes (criterios de prevalencia y/o letalidad) que son atendidas por los modelos tradicionales.
- A nivel operativo los instrumentos usados en la atención deben registrar adecuadamente las variables socioculturales definidas en las acciones sanitarias. Los sistemas de información deben contener las variables anteriormente mencionadas, las mismas que ingresarán en el ciclo de análisis para la toma de decisiones, por lo que deben existir informes oportunos y disponibles para los equipos locales. El trabajo de pertinencia intercultural a nivel de información debe visibilizarse en indicadores (*P.e.: porcentaje de consultas en las que se registra el autodiagnóstico o en las que se tiene sospecha de enfermedad atendida por un modelo tradicional*).

*“Que todos  
vayamos juntos,  
que nadie se quede  
atrás, que todos  
tengan todo y que a  
nadie le falte nada”*  
(Proverbio  
Aymara)





## QUINTA CLAVE: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO RELACIONAL EN LA ESTRATEGIA PROGRAMÁTICO-OPERATIVA

Las intervenciones de género en el campo de la salud se han centrado predominantemente en enfoques parciales tales como salud sexual y reproductiva y más recientemente en las consecuencias de la violencia de género.

Como una contribución para la profundización del género en el marco de la APS renovada, este apartado propone un enfoque que, partiendo del reconocimiento de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y tomando en cuenta las diferencias culturales en cuanto a las construcciones del género, concrete acciones específicas dirigidas a mujeres y hombres en sus diferentes etapas de vida, dentro del marco operativo del primer nivel de atención.

### EL GÉNERO: LÍMITES DE LOS ENFOQUES PREDOMINANTES

Tal como ocurrió con el desarrollo de la APS, las intervenciones de género predominantes en el campo de la salud han partido de enfoques parciales y criterios selectivos, dirigiéndose principalmente a la atención de la condición reproductiva de las mujeres. Aunque ha habido algún reconocimiento de la discriminación de éstas y se han desarrollado esfuerzos por ampliar su acceso a cierto tipo de servicios, las intervenciones en el ámbito de la salud siguen sin vincular las condiciones sociales de las mujeres, las relaciones desiguales de poder entre los sexos ni la necesidad de abordajes de género dirigidos a los hombres.

En el marco de los valores, principios y elementos esenciales de la APS renovada, el género tiene un peso menor en comparación con otros aspectos. Se encuentra implícitamente en valores como la *equidad* y en elementos como las *políticas y programas pro-equidad*, en los cuales se hacen referencias genéricas en cuanto a corregir los principales factores que causan inequidades y asegurar que todas las personas reciban trato digno en la provisión de servicios. El género también está implícito en enunciados como: *derecho al nivel más alto posible de salud*, así como en el elemento *acceso y cobertura universal*, enfocado en la eliminación de barreras de género para la participación dentro del sistema de salud y la utilización de los servicios sanitarios. Asimismo, se le menciona en los atributos de las RISS a través de "...una atención en salud que tome en cuenta las particularidades de género".

Con base en lo anterior, el movimiento de renovación de la APS tiene el reto de afrontar las inequidades de género en el campo de la salud y profundizar en propuestas de intervención que atraviesen los diferentes elementos esenciales de la misma.

En la región se han impulsado, desde el campo de la cooperación para el desarrollo, principalmente dos enfoques de género. El primero fue el enfoque de “Mujer en el Desarrollo” (MED) el cual centró su atención en necesidades básicas como salud, educación y capacitación, teniendo como población meta a mujeres en situación de pobreza. Este enfoque no llegó a cuestionar ni intervenir sobre el sistema de relaciones de poder ni a dar cuenta de la situación específica de las mujeres no pobres.

Posteriormente, en los años 80, surge el segundo de los enfoques: “Género y Desarrollo” (GED), que centra su mirada en la construcción social de roles y relaciones de género y la división sexual del trabajo (labores productivas y reproductivas), encaminando sus esfuerzos a estrategias de empoderamiento de las mujeres, sensibilización y reivindicación de sus derechos. El GED planteó importantes avances en términos de problematizar la desigualdad material, la relación entre género y clase social y las relaciones desiguales de poder. Pero en la práctica es un enfoque que apenas se ha asumido y aplicado, posiblemente porque parte del “conflicto” y no necesariamente incluye propuestas de intervención hacia los hombres y la transformación de la masculinidad dominante.

Como añadido, indicar que estos dos enfoques han sido criticados desde determinados colectivos latinoamericanos por querer basar el análisis del problema y las propuestas de abordaje en la realidad de mujeres de occidente. Como propuesta para superar esa crítica el feminismo postmoderno plantea incluir entre otros elementos: el análisis de la diferencia cultural.

### **PREMISAS PARA LA CONCRECIÓN DE UN ENFOQUE DE GÉNERO “RELACIONAL”**

En este documento proponemos un tercer enfoque, que bebe de los dos anteriormente mencionados, pero que tiene un componente “relacional”: intervenir desde y sobre las relaciones desiguales de poder entre los sexos.

Este nuevo enfoque partiría de tres premisas básicas, desde las cuales se puede lograr la identificación e intervención sobre inequidades y el abordaje de necesidades de salud específicas:

- Reconocer que en las diferentes sociedades existen estructuras patriarcales, es decir, órdenes que establecen jerarquías de poder distintas para hombres y mujeres en detrimento de éstas últimas. Ello requiere transformar las relaciones de poder comenzando por el impulso de “acciones afirmativas” de la mujer, pero sin olvidar que dichas relaciones están inmersas en contextos económicos, sociales y políticos fuertemente marcados por otras desigualdades tales como las de clase o las étnico-culturales.
- Considerar el género desde un abordaje relacional que permita, además de mejorar la condición social de las mujeres, transformar el sistema social de relaciones inequitativas entre éstas y los hombres.
- Historizar las relaciones de género, es decir, tomar en cuenta las diferencias socioculturales pero sin caer en los extremos: ni en posturas etnocéntricas occidentales ni en esencialismos culturales que justifiquen desigualdades. A este respecto, en el siguiente recuadro se describe el caso del “feminismo comunitario” surgido en Bolivia cuya formulación, que actualmente tiene estatus de política pública y por tanto constituye un referente a tener en cuenta.

## FEMINISMO COMUNITARIO EN BOLIVIA: UNA PROPUESTA DE GÉNERO DESDE LA ESPECIFICIDAD SOCIO-CULTURAL

El feminismo comunitario plantea que la lucha por la igualdad de la mujer requiere trascender el abordaje de su situación en el ámbito individual, para actuar en todos los ámbitos de la vida: políticos, económicos, sociales y culturales, primando especialmente el marco familiar.

Su meta es desligar el feminismo de la cultura occidental, convertirlo en un instrumento de pensamiento y acción integrado en las culturas. Propone recuperar el sentido original de nociones que pertenecen a la vida tradicional andina, tergiversadas por siglos de dominación del patriarcado, no sólo colonial sino también indigenista. Por ejemplo: recuperar la noción originaria de **par político complementario** en el hacer comunitario, un principio básico de la cosmovisión aimara, y que fue sustituido por el concepto de pareja heterosexual complementaria (chacha/warmi-hombre/mujer).

El feminismo comunitario, asumido como marco conceptual del Plan Nacional “Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien” (2008), se propone actuar en cinco campos de acción:

- 1. CUERPO:** Primer espacio a partir del cual se ha construido el sistema sexo/género que jerarquiza y valora de manera diferente el ser/tener cuerpo de mujer o el ser/tener cuerpo de hombre. Forma parte de nuestra existencia en sociedad, expresa las desigualdades, sufre las consecuencias de la falta de alimentos, la falta de descanso, es objeto de violencia y discriminación.
- 2. ESPACIO:** Entendido como territorio, lugar en el que tomamos decisiones políticas. Espacio donde debemos hacer realidad nuestro derecho a la tierra, a la vivienda, a la producción y a los recursos naturales con alteridad, mujeres y hombres como parte de la comunidad, como dos mitades imprescindibles y complementarias, no jerárquicas y autónomas una de la otra.
- 3. TIEMPO:** Como parte indisoluble del cuerpo, porque en éste se van expresando cambios que marcan diferentes etapas de la vida de hombres y mujeres. Un tiempo que, desde el sistema patriarcal, es vivido de manera diferente por hombres y mujeres, así como valorado en forma distinta por la sociedad. Tiempo para reflexionar, para participar, para compartir entre hombres y mujeres el cuidado de los hijos, tiempo para descansar, para atender nuestros cuerpos, para ser madres, para estudiar ...
- 4. MEMORIA:** Entendida como la acumulación de conocimientos empíricos y científicos sobre la participación social y política, la salud, la producción, la educación. Reconocimientos de sus saberes ancestrales y revalorización cultural. Revisión de rasgos de opresión e injusticia heredados.
- 5. MOVIMIENTO:** Entendido como la organización social, cuerpo común, dinámico, movilización social para el cambio. El derecho de las mujeres a organizarse y generar espacio y tiempo para garantizar la igualdad de derechos. El movimiento ubica a la comunidad respecto de las relaciones de poder, abre la posibilidad de alcanzar objetivos que mejoren la calidad de vida, la salud como una concepción holística.

Partiendo de la multi-concepción incluyente, el género es una dimensión importante en el entramado de relaciones que influyen en el proceso salud enfermedad. La importancia de abordarlo radica en que, además de ser una fuente de desigualdades a nivel social, tiene consecuencias específicas diferenciadas en la salud-enfermedad de ambos sexos y en las diferentes etapas de la vida. Por ejemplo si analizamos los tipos de trabajos, se podrá observar la influencia del género en cuanto a las diferentes cargas laborales, riesgos y daños para hombres y mujeres ligados a la distribución desigual de esta.

También existen mediaciones de género en la utilización/distribución de los ingresos, el acceso a servicios, así como en lo referente al descanso y recreación. A nivel sociocultural, el género influirá en las formas de enfrentar la salud por parte de mujeres y hombres según la etapa de la vida en que se encuentran y de acuerdo a especificidades de sus contextos.

El enfoque de género relacional en alguna medida busca alcanzar el ideario del feminismo comunitario. Por ejemplo, si tomamos en cuenta el campo de acción “Tiempo”, es posible relacionarlo con elementos ya mencionados como la distribución de la carga de trabajo, la diferenciación en los tiempos dedicados para el descanso y la recreación.

## **ELEMENTOS PARA LA CONCRECIÓN DEL GÉNERO RELACIONAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Para la aplicación del enfoque de género relacional dentro del primer nivel de atención, en base a la experiencia de terreno en los tres países mencionados, se propone, más allá del conocimiento y comprensión de las inequidades de género, el desarrollo de las siguientes acciones:

### **Atención integral a hombres y mujeres en sus diferentes etapas de vida**

El primer nivel de atención debe asegurar la atención integral tanto de mujeres como de hombres. Y dado que la lógica indica que los hombres acuden menos a los servicios de salud, se plantea realizar la promoción sistemática de la atención para los hombres, tanto en las consultas clínicas y las visitas familiares, como a través de grupos comunitarios.

En el caso de las mujeres, la atención debe contemplar tanto aspectos reproductivos como no reproductivos (pues hay un sesgo hacia las primeras). Se debe contar con guías integradas que faciliten al personal de salud la consulta integral, con independencia que la consulta sea de ámbito reproductivo.

También se requieren guías para la atención a hombres y personas adultas mayores, que facilitan la identificación de los problemas más frecuentes según su ciclo de vida y sexo, e información para brindar consejería y orientación adecuadas a las personas.

### **Atención integral a la familia, con enfoque de género:**

Durante las visitas familiares integrales se deben identificar riesgos diferenciados por ciclo de vida y sexo, así como la búsqueda de problemas de violencia de género, adicciones o abuso sexual. Para estos riesgos y problemas deben estar establecidas las acciones inmediatas y de seguimiento.

En este mismo campo se debe prestar especial atención a hogares donde hay alguna mujer embarazada y asegurar que la familia cuente con los recursos y apoyos en caso de que sea necesario trasladar a la mujer a algún servicio de salud. Para que estos planes se activen se

requiere que las personas que toman decisiones en la familia estén sensibilizadas y formadas; para ello es preciso identificar y trabajar con estas personas.

### Participación de hombres y mujeres en el cuidado de la salud familiar.

Si bien se debe reconocer a las mujeres su rol como cuidadoras en la familia, y fortalecer sus capacidades/saberes para la atención en salud a través de la consejería, al mismo tiempo se debe promover la participación de los hombres en la auto-atención y el cuidado de los menores.

### Trabajo educativo-preventivo con grupos de jóvenes.

Se debe contemplar el desarrollo de reuniones con jóvenes (hombres y mujeres) para temáticas relacionadas con la equidad de género relacional tales como la prevención de la violencia y las adicciones, derechos sexuales y reproductivos, expresión de emociones, paternidad responsable... pues son desde los y las jóvenes desde donde hay que revertir las inequidades de género.

### Sistema de información y vigilancia de la salud con variables de género.

A nivel operativo los instrumentos usados en la atención individual, familiar y comunitaria deben registrar adecuadamente las variables asociadas a género definidas en las acciones sanitarias. Todas las actividades de atención y vigilancia deben registrarse en formularios e ingresarse en el sistema de información. Esto permitirá generar informes con datos según sexo, etapa de vida, lugar, fecha, tipo de atención y otras variables. De esta manera puede conocerse información real desglosada por sexo para abordar los principales condicionantes y determinantes y trabajar con riesgos específicos por cuestión de género. El análisis de la información, a través de reuniones de vigilancia en salud, debe contemplar criterios y variables de género.

### Organización y clima laboral.

Trabajar bajo la perspectiva de género es un desafío que requiere también cambios a nivel organizacional. Desde el inicio (para nosotros el reordenamiento territorial y la conformación de equipos de trabajo) se debe asegurar esos criterios de género. Para ello se propone impulsar la conformación de equipos mixtos (hombres y mujeres), la distribución equitativa de tareas, así como la definición de normas en las relaciones laborales y la no tolerancia de expresiones o conductas culturales que legitiman el machismo.

Se hace necesario normar y verificar en la práctica que las conductas y actitudes del personal sanitario proyecten actitudes equitativas en relación al género, sin embargo no se propone que exista una comisión o estructura específica de género en el primer nivel, ya que todos y todas deben asumir un compromiso de trabajar con esta perspectiva.

Dada la pre-existencia de una cultura patriarcal, los procesos de formación del personal deben incluir la perspectiva de equidad de género. Es importante iniciar dichos procesos de formación con actividades de sensibilización dirigidos a reducir las resistencias mediante metodologías vivenciales que permitan problematizar las relaciones de género, y posteriormente pasar a definir el marco conceptual básico sobre desigualdades de género y salud. Así como dotar de competencias específicas para la aplicación de criterios de género en la atención y gestión del primer nivel.

El género es una dimensión importante en el entramado de relaciones que influyen en el proceso salud enfermedad, y la importancia de abordar sus inequidades radica en que, además de ser una fuente de desigualdad a nivel social, tiene consecuencias específicas diferenciadas en los procesos de salud-enfermedad de ambos sexos.





## SEXTA CLAVE: EL ENFOQUE ECOSISTÉMICO DEL MEDIO AMBIENTE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Complementando los principios de la APS renovada en su parte de determinantes de salud, este capítulo presenta una propuesta que relaciona la perspectiva ambiental con la salud integral e incluyente.

Se plantea entender el medio ambiente a partir de una visión holística y ecosistémica, que contribuya a tomar conciencia que los principales problemas medioambientales que afectan a la salud de las personas son consecuencia de acciones humanas. Por ello desde el sistema de salud se debe trabajar para corregir las alteraciones perjudiciales sufridas a consecuencia de procesos socio-económicos de producción insostenible y consumo desmedido. Finalmente se proponen acciones concretas a nivel operativo y de gestión en el primer nivel para llevar a cabo dicha visión.

### EL MEDIO AMBIENTE COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

Si bien la conferencia de Alma Ata no planteó una agenda de trabajo concreta en relación a la salud y el medio ambiente, su objetivo de *lograr el nivel de salud más alto posible* requiere de la intervención sobre los determinantes, condicionantes y riesgos a la salud, de los cuales el principal es el medio ambiente, que configura el entorno de todas y cada una de las personas. Todo este debate ha ido progresivamente alimentándose de las preocupaciones surgidas en torno a la crisis del medio ambiente tras la emisión del informe de la Comisión Mundial sobre el medio ambiente y el Desarrollo (1984). Por eso la OMS ha venido impulsando desde entonces una serie de conferencias y reuniones en las que se analiza la relación entre salud y medio ambiente, tales como la tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y Entornos propicios para la salud (Conferencia Sundsvall -1991).

Por otro lado, la interacción con terapeutas y sistemas de salud tradicionales, y la preocupación por las condiciones de salud de los pueblos indígenas, nos debe llevar a considerar que el medio ambiente, indisoluble de la salud en las visiones originarias, sea una parte cada vez más visible en la agenda sanitaria, algo que se aprecia en la Declaración de Salud de los Pueblos (Winnipeg 1993).

El concepto medio ambiente incluye muchas dimensiones: políticas, culturales, económicas, espirituales, energéticas... , las cuales son parte del proceso salud-enfermedad, por lo tanto el medio ambiente es un determinante importante que afecta directa o indirectamente a la

Lograr el nivel de salud más alto posible requiere la intervención sobre los determinantes, condicionantes y riesgos a la salud, de los cuales el principal es el medio ambiente

salud de las personas, familias y comunidades. Además, está estrechamente relacionado con el desarrollo, la calidad de vida, el entorno y los recursos existentes a los que tienen acceso las poblaciones para la satisfacción de sus necesidades. Si bien es una fuente de vida y salud para los seres humanos, con los problemas de cambio climático, contaminación, desechos, agotamiento de la biodiversidad, desaparición de ecosistemas entre otros, el medio ambiente se está convirtiendo en una fuente de enfermedad y muerte a tener en cuenta.

El ser humano, su familia y las comunidades no estarán en armonía sino lo están el resto de elementos del planeta, por ello el proceso de salud-enfermedad debe hacerse desde una visión holística y un enfoque ecosistémico.

## UNA VISIÓN HOLÍSTICA Y UN ENFOQUE ECOSISTÉMICO DEL MEDIO AMBIENTE

Partiendo de la segunda y cuarta clave (repensar el concepto de salud enfermedad desde una visión compleja y partir de los aportes desde los pueblos indígenas) en esta clave se propone un enfoque del medio ambiente que trasciende ciertas visiones materialistas y homocéntricas en las que la naturaleza es entendida principalmente como *fente de recursos o como aquello que rodea al ser humano*.

El posicionamiento dentro de la presente propuesta es entender la relación del medio ambiente con la salud-enfermedad desde una visión holística y un enfoque ecosistémico<sup>8</sup>.

Holismo es la idea de que un sistema dado (biológico, químico, social, económico, mental, lingüístico...) no puede ser determinado o explicado de manera independiente por alguna de las partes que lo componen, es decir, según la máxima aristotélica *el todo es más que la suma de sus partes*. O como sostiene también la filosofía oriental *el todo está en todas las partes*. Estas aproximaciones nos hablan contra visiones reduccionistas y apelan a hacer uso de la complejidad de relaciones entre los elementos del medio ambiente y buscar en ellos el objetivo del equilibrio y la armonía. Una visión holística aplicada al ámbito de la salud plantea que existe interdependencia entre todos los seres, elementos y lugares del planeta, por lo que los problemas de salud que afectan a una parte de ese todo no pueden abordarse de forma unilateral, como se ha hecho hasta ahora, sino que requieren intervenciones en todas las partes del mismo. Es decir, el ser humano no estará en armonía si no están el resto de elementos del planeta.

El enfoque ecosistémico de la salud, unida a la anterior visión holística, constituye una nueva forma de conectar la gestión del medio ambiente con la comprensión de la salud humana, tomando en cuenta los factores sociales, económicos y culturales.

Los problemas de salud ambiental se generan en diversos espacios, desde el hogar (acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado, servicios de limpieza urbana, vivienda inadecuada, contaminación intradomiciliaria por combustión...) hasta el sistema económico (contaminación atmosférica y del agua, industria y agricultura intensiva, radioactividad...) tienen impactos negativos en la salud. A partir del enfoque ecosistémico, además de abordar la promoción y prevención de la salud desde el ámbito individual, familiar y comunitario, se accionan posturas críticas del modelo de desarrollo centrado en el aumento desenfrenado de la producción y la incorporación de tecnologías siempre que se

<sup>8</sup> Según el convenio sobre diversidad biológica, un ecosistema es un complejo dinámico de comunidades vegetales, animales y de microorganismos y su medio no viviente, que interactúan como una unidad funcional, esto contempla también las unidades sociales. El enfoque ecosistémico implica por tanto una apuesta por un equilibrio y una visión holística.

causen daños al medioambiente, pues esto revierte en la salud de las personas.

Este nuevo enfoque ecosistémico se apoya en las siguientes cualidades:

- Reconocimiento de las relaciones complejas, y muchas veces impredecibles, entre los componentes vivos y no vivos de los ecosistemas.
- Énfasis en la comprensión y el conocimiento de la comunidad local para la gestión en salud y ecosistemas.
- Promoción de una visión holística de la salud humana y la sostenibilidad ambiental.

### ELEMENTOS DE CONCRECIÓN DEL ENFOQUE ECOSISTÉMICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

A nivel operativo, y desde el primer nivel de atención, el desarrollo de un enfoque ecosistémico de la salud debe contemplar acciones dirigidas tanto a promover mejoras en las condiciones de vida como a desarrollar una conciencia ecológica en los ámbitos institucional y comunitario. Dicha conciencia ecológica pasa también por una sensibilización en materia de producción y consumo responsable, ya que es a través de ellos como cada individuo puede actuar dentro del sistema económico. Parte importante de esta formación será el fortalecimiento de los principios de reutilizar, reparar, rechazar, reducir, reciclar (5 erres).

Para la aplicación del enfoque ecosistémico de la salud se propone partir de las siguientes estrategias:

- conocimiento y comprensión de la relación entre medio ambiente y salud.
- la identificación de perfiles epidemiológicos relacionados con problemas medioambientales.
- la atención en salud a partir de riesgos medioambientales.
- acciones de prevención y promoción a nivel individual, familiar y comunitario.

Dentro de las presentes estrategias, a nivel operativo se ejemplifican algunas acciones llevadas a cabo ya dentro de las experiencias en las que se basa el presente documento:

- A nivel de la atención individual se debe identificar y trabajar sobre aquellas enfermedades relacionadas con elementos ambientales tales como las infecciones respiratorias, parasitismo intestinal, enfermedades transmitidas por vectores, contaminación y accidentes laborales..., aprovechando para realizar intercambios educativos sobre las medidas de prevención en torno a estas.
- A nivel familiar se propone trabajar en la identificación de riesgos del medio y de condiciones de la vivienda, así como en lo relacionado a nutrición, promoviendo una alimentación saludable y responsable. Se debe trabajar de manera activa la búsqueda de riesgos en el medio familiar, como por ejemplo: la disponibilidad y tratamiento del agua, la convivencia con animales, la disposición inadecuada de la basura, el uso o mala disposición de plaguicidas, la falta o no uso de letrina, la presencia de vectores, el uso de medidas protectoras (cedazo o mosquitero), la disposición de la cocina, así como los relacionados con la nutrición.
- A nivel comunitario se deben identificar viviendas que se encuentran en algún área de riesgo natural (como deslaves o inundaciones), y trabajar en la conformación y prepara-

Desde el primer nivel de atención, a nivel operativo, el desarrollo del enfoque ecosistémico de la salud contempla acciones dirigidas tanto a promover mejoras en las condiciones de vida como a generar una conciencia ecológica en los ámbitos institucional y comunitario.

ción de Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC) y Planes de Emergencia Comunitaria (PEC) que permitan prevenir un desastre o activar una respuesta rápida en caso necesario.

- También a nivel comunitario se deben desarrollar actividades de saneamiento ambiental (tales como la toma y procesamiento de muestras de agua o vacunaciones animales) y la coordinación con grupos comunitarios para el desarrollo de estas.
- Es importante el desarrollo de una estrategia de comunicación e información en salud a través de mensajes clave y materiales que tengan en cuenta las visiones tradicionales sobre el medio ambiente.
- A nivel de gestión se requiere implementar acciones básicas para que las estructuras y el personal de salud sean elementos ejemplificantes, evitando en su accionar la contaminación del aire, del suelo o del agua. Además cada establecimiento de salud debe sensibilizar sobre consumo responsable, cumpliéndolo en todos los procesos administrativos y logísticos, así como en el *manejo racional de los recursos*<sup>9</sup>, *separación de desechos orgánicos e inorgánicos* y *fomento de una alimentación saludable con base en productos locales disponibles y con pertinencia cultural*...

---

<sup>9</sup> Por ejemplo la adquisición siempre justificada de insumos y materiales; el ahorro de energía, agua, combustible y papel; el uso eficiente y prolongación del tiempo de vida del equipo; la aplicación de las 5 erres en la dinámica institucional.



## SÉPTIMA CLAVE: LA HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA: NIVELES INDIVIDUAL, FAMILIAR y COMUNITARIO

La multiconcepción incluyente de salud y la cobertura universal requieren de una estrategia programática coordinada, que supere la fragmentación y verticalidad existente en el primer nivel de atención y dar paso a un diseño del sistema con objetivos e intervenciones en los tres ámbitos principales: individual, familiar y comunitario.

En este apartado se propone una estrategia de horizontalización programática que, permitiendo el cumplimiento de las prioridades verticales y las metas nacionales, integre la intervención en el primer nivel, incluidas las de promoción y prevención, dentro de un programa único y no fragmentado.

### LA NECESIDAD DE SUPERAR LA VERTICALIDAD Y LA FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN

Para la OMS, dentro de los principales problemas de los sistemas de salud están: *“...la competencia o sustracción de recursos del sistema para otros servicios/programas verticales. El predominio de programas verticales que se observa en algunos de los países tiene, entre otras causas, la preferencia de algunos donantes internacionales por financiar acciones de foco programático reducido”*. Es decir la atención fragmentada, debido tanto a la excesiva especialización del proveedor de salud como al énfasis en la focalización, cuya principal expresión son los programas verticales de control de enfermedades, debe ser considerada como una deficiencia de los sistemas de salud, y por tanto la transformación de los mismos para su mejora pasa indefectiblemente por una integración programática.

De hecho, en la APS renovada, la integralidad de la atención está claramente desarrollada en la concepción de una *atención integral, integrada y continua*. Igualmente esta integralidad está recogida en los atributos de la propuesta de RISS: *“Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los de salud pública”* (OMS 2008).

Frente a esta necesidad, la mayoría de los sistemas de salud de la región, continúan organizando sus intervenciones a partir de programas verticales centrados en enfermedades, grupos de población o formas de transmisión. Como se vió al describir la evolución de la APS,

La atención fragmentada, cuya principal expresión son los programas verticales, debe ser considerada como una deficiencia de los sistemas de salud a mejorar a través de la integración programática horizontal.

El logro de la integralidad implica una estrategia programática que integre en lo local las prioridades verticales nacionales en intervenciones horizontales.

en escenarios de escasos recursos y graves problemas de salud, los programas o estrategias verticales suelen ser vistos como una alternativa para cumplir metas o acuerdos internacionales por la vía rápida y así evitar la reiteración de penosos indicadores de salud. Por ello los programas verticales se han asentado en la lógica organizativa de los ministerios de salud de la región y cambiarlo supone una auténtica transformación de los mismos. Las razones para esta situación son múltiples: los programas verticales suelen estar diseñados y dirigidos desde el nivel central sin tomar en cuenta su aplicación fragmentada en el nivel local; establecen objetivos fácilmente medibles y una buena delimitación de problemas con indicadores de monitoreo puntuales, normalmente centrados en producción; permiten un impacto rápido y “visible”; la metodología es muy específica y con protocolos ad hoc, lo que simplifica los métodos de diagnóstico y tratamiento; hay grandes oportunidades de financiación internacional y un establecimiento de costos sencillo de calcular.

Estos programas tienen una efectividad demostrable sobre problemas puntuales a corto plazo, pero lamentablemente se basan en un diseño que se centra en la enfermedad más que en la salud y que fragmenta el todo en partes estancas. Sin embargo, a nivel político presentar resultados sobre control de enfermedades suele ser más “visible y rentable” que trabajar desde el lado de la salud como promoción y prevención de la misma, que requiere largo plazo e indicadores complejos para su “visibilidad y rentabilidad política”.

## INTEGRACIÓN DE ENFOQUES VERTICALES = HORIZONTALIZACIÓN

Sabiendo pues la problemática de los programas verticales y su fragmentación, desde nuestra propuesta de multiconcepción de la salud, el logro de la integralidad implica una estrategia programática que integre con intervenciones horizontales en lo local las prioridades verticales de carácter nacional. Es decir, la propuesta apoya la horizontalización de los programas verticales en el primer nivel de atención, o lo que es lo mismo: *hacer operativo integradamente prioridades tanto de los programas nacionales de salud como las normas de vigilancia epidemiológica en el marco de la integralidad de la atención; así como del análisis y adecuación periódica a los perfiles epidemiológicos locales.*

La horizontalización supone que, sin perder de vista las metas de las prioridades verticales, se desarrolle una estrategia programática integradora que aumente el peso de las acciones de promoción y prevención, que al no tener un enfoque de “curación de la enfermedad”, suelen ser reducidos dentro de los programas verticales. Esta horizontalización, a parte de cumplir con la APS renovada en su aspecto de promoción y prevención, permite la participación local de los diversos actores en todas las etapas de la gestión de la salud, toda vez que no se trata de enfrentar “necesidades priorizadas” sino que el objetivo es garantizar los derechos de la población y cumplir las obligaciones institucionales de forma integral y no parcial o fragmentada. Esta integralidad lleva aparejada una mayor complejidad en la implementación (equipos polivalentes) y el seguimiento (indicadores), por lo que las metodologías para la determinación y evaluación de costos dejan de ser sencillas.

Otras de las limitaciones de los programas verticales en el marco operativo (pues su rol en la definición de prioridades y la formulación de lineamientos técnicos es indiscutible) es la centralidad exclusiva en el individuo como objetivo último. Esta centralidad de lo individual resulta insuficiente para la aplicación de los enfoques de promoción y prevención y para el

análisis y respuesta a la dimensión colectiva de los problemas de salud. Por ello la estrategia programática surgida de la horizontalización que aquí se propone pasa por programas en los tres niveles de acción del ser humano: el individual, el familiar (nuclear o extenso, en torno al hogar) y el comunitario (sociedad organizada). Por tanto, una integralidad desde estos tres niveles de acción permiten relacionar la salud de los individuos con la salud familiar, comunitaria y con un medio ambiente sano. Estos tres niveles (individual, familiar y comunitario) son considerados los espacios estratégicos en los que se desarrollan las acciones de reproducción social de todo ser humano, las cuáles influirán en las formas de entender la salud y de enfermar (y morir) de los diferentes grupos sociales. Como resultado de esta horizontalización en los tres niveles se logra una mayor participación comunitaria en la salud y, con más promoción y prevención, se consigue dar el justo peso a la salud restando la centralidad de la enfermedad.

## LA HORIZONTALIZACIÓN EN LOS TRES NIVELES DE ANÁLISIS ACCIÓN

### A) PROGRAMA INDIVIDUAL:

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

Cada individuo posee características propias en cuanto a condiciones de vida, lógicas socioculturales y cargas laborales específicas, por lo que además de detectar los problemas de salud, en la intervención individual se debe trabajar para intentar conocer los modelos explicativos de las personas (y sus familias) sobre éstos (auto atención) y qué acciones realizan para resolverlos (camino del enfermo).

Este programa o ámbito centra su actuar en actividades de atención integral a la demanda en los establecimientos de salud mediante consultas clínicas, atención de urgencias así como las atenciones preventivas intra y extramuros a grupos prioritarios. En la consulta se debe entablar un diálogo entre el profesional y la persona para que, a partir de la negociación, se alcancen los acuerdos para la resolución del problema y para el fortalecimiento de las capacidades para la auto atención. Sobra decir que en dicha intervención, como en el resto, deben estar presentes los enfoques de derecho, género, interculturalidad y medio ambiente conforme se ha visto en las claves anteriores.

### B) PROGRAMA FAMILIAR

El objetivo del Programa Familiar es fortalecer la capacidad del núcleo familiar/hogar en su conjunto para proteger a sus integrantes, promover la participación de la familia en los espacios comunitarios y desarrollar acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos de la salud propios de esa familia.

Es en el núcleo familiar donde se realizan las principales acciones de atención (auto atención) y donde se configuran las condiciones de vida que modelan la salud/enfermedad de todos y cada uno de sus individuos. Las intervenciones en salud familiar no tienen entre sus prioridades la atención domiciliaria a personas y sus enfermedades (intervención de nivel individual), sino que debe abordar fundamentalmente la identificación y atención de condicionantes, determinantes y riesgos de la salud del núcleo familiar en conjunto y que se generan como parte de la lógica de reproducción social de dicha familia.

La estrategia surgida de la horizontalización pasa por actuar desde los tres niveles de acción del ser humano: el individual, el familiar y el comunitario. En cada uno de estos se realiza una programación conjunta de tácticas operativas.

El instrumento fundamental de este programa serán las visitas familiares y el diagnóstico de condicionantes y riesgos de la salud anteriormente mencionado. Según el diagnóstico y su correspondiente catalogación, se llevarán a cabo otro tipo de intervenciones (preventivas, promocionales o curativas) para trabajar sobre la familia, sus integrantes en particular o la comunidad en general. A parte de la promoción de factores para mejorar la calidad de vida (vivienda saludable, nutrición, equidad de género...) y la prevención en las condiciones de riesgo (violencia, vectores...), el programa familiar debe buscar la participación de sus individuos en los espacios comunitarios.

### **C) PROGRAMA COMUNITARIO**

El objetivo del Programa Comunitario es contribuir a la transformación de los determinantes, condicionantes y riesgos de la salud de la población incidiendo de forma positiva en el fortalecimiento comunitario y el desarrollo de sus capacidades, a través de la participación social y la organización en grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo del documento, la dimensión comunitaria de la salud está estrechamente relacionada con la salud individual y familiar. Pero la comunidad es más que la suma de sus individuos o familias, la comunidad es un espacio complejo, heterogéneo y dinámico, que está modelada por un territorio y un contexto histórico-social compartido.

En este nivel comunitario las determinantes y condicionantes de salud presentan características particulares, y es aquí donde se definen, en parte, las opciones que tienen a su alcance las familias y los individuos que la conforman. Aunque hay diferencias y desigualdades en el interior de una comunidad, siempre existe un interés colectivo que potencia la cohesión comunitaria. Tanto los intereses individuales como los comunes suelen expresarse a través de comités, grupos u organizaciones de ámbito comunitario. Por ello el trabajo de salud comunitaria implica abordar la intersectorialidad ya mencionada y por tanto articular a la comunidad, los gobiernos locales, el sector salud, así como a todos los demás actores, en una perspectiva de intervención conjunta y/o coordinada.

Dentro de la presente propuesta, es en este nivel donde se establece la coordinación entre el sistema institucional de salud y las/los terapeutas tradicionales, desarrollando encuentros periódicos para el intercambio horizontal de experiencias.

### **LAS TÁCTICAS OPERATIVAS DE LOS TRES NIVELES: INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO**

En cada uno de estos tres programas o niveles de acción: Individual, Familiar y Comunitario, se realiza una programación conjunta de tácticas operativas, que debe atender, además de los criterios que ya hemos abordado, al análisis de situación de salud para adaptarse a sus prioridades. Por tanto, si bien las tácticas operativas deben ser planificadas, esta planificación es dinámica según el contexto y los logros que se vayan alcanzado.

En las siguientes tablas se proponen y ejemplifican el conjunto de tácticas operativas en los tres niveles para el caso de Guatemala y de Perú, pudiendo mediante esta herramienta lograr la horizontalización operativa de todas las prioridades nacionales y sus diferentes programas verticales:

**TABLA 6: ESTRATEGIA DE HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA Y TÁCTICAS OPERATIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE GUATEMALA.**

NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL COMUNITARIO
<p><b>CURACIÓN/PREVENCIÓN</b></p> <p>Atención integral continua a demanda en PS (todos los ciclos de vida)</p> <p>Atención preventiva intra y extra muros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, RN, menor de 5 años, MEF y otros)</p> <p>Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y RN)</p> <p>Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contra-referencias y otros)</p> <p>Seguimiento intra y extramuros de casos especiales crónicos (también hechizo, desnutrición, neumonía, entre otros)</p> <p>Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida)</p>	<p><b>PREVENCIÓN/PROMOCIÓN</b></p> <p>Visita familiar integral (Diagnóstico familiar y vigilancia activa de eventos)</p> <p>Visitas de seguimiento familiar según dispensarización (Plan familiar, ruta)</p> <p>Visita familiar integral para intercambio educativo (abordaje de riesgos específicos de cada unidad familiar)</p>	<p><b>PROMOCIÓN/PREVENCIÓN</b></p> <p>Fortalecimiento de la organización, gestión e intersectorialidad</p> <p>Relación y coordinación con líderes formales e informales</p> <p>Planes de Emergencia Comunitarios en comunidades priorizadas</p> <p>Intercambio horizontal con terapeutas indígenas y populares</p> <p>Agua, saneamiento ambiental y zoonosis</p> <p>Huertos demostrativos de plantas medicinales</p> <p>Atención inter-programática en comunidades de difícil acceso</p>
	<p>Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)</p> <p>Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de Violencia Basada en Género y otras)</p> <p>Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción)</p> <p>Comunicación e Información en salud: Trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS (Programa Familiar de Salud) y PCOS (Programa Comunitario de Salud).</p>	

**TABLA 7: ESTRATEGIA DE HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA DE LAS 15 ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD DE PERÚ Y LAS 6 ETAPAS DE VIDA, CON SUS RESPECTIVAS TÁCTICAS OPERATIVAS.**

ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN EL NIVEL NACIONAL – REGIONAL AL PRESENTE		PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DE LAS ATENCIONES / CUIDADOS A BRINDAR EN EL PRIMER NIVEL, A PARTIR DE LA HORIZONTALIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES PARA ATENDER A LA POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA		
15 ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD	A SER ATENDIDAS EN 6 ETAPAS DE VIDA	ATENCIÓN INDIVIDUAL	ATENCIÓN FAMILIAR	ATENCIÓN COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes de tránsito.</li> <li>• Alimentación y nutrición saludable.</li> <li>• Atención a afectados por contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas.</li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Salud ocular y prevención de la ceguera.</li> <li>• Salud bucal.</li> <li>• Salud de los pueblos indígenas.</li> <li>• Salud familiar.</li> <li>• Salud mental y cultura de paz.</li> <li>• Salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Prevención y control de las ITS y el Sida.</li> <li>• Prevención y control de Tuberculosis.</li> <li>• Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores.</li> <li>• Prevención y control de daños no transmisibles.</li> <li>• Zoonosis.</li> </ul>	<p>NIÑO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacido.</li> <li>• 29 días a 11 meses.</li> <li>• 1 año a 4 años.</li> <li>• 5 años a 8 años.</li> <li>• 9 a 11 años.</li> </ul> <p>ADOLESCENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 a 14 años.</li> <li>• 15 a 17 años.</li> </ul> <p>JOVEN</p> <p>ADULTO</p> <p>ADULTO MAYOR</p> <p>GESTANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Administración de micronutrientes.</li> <li>• Atención de crecimiento y desarrollo infantil CRED.</li> <li>• Control de sanos.</li> <li>• Atención Odonto-estomatológica.</li> <li>• Atención diagnóstica, preventiva y tratamiento de daños diversos.</li> <li>• Atención Integral de la gestante, parturienta y puérpera, y atención integral e inmediata del Recién nacido</li> <li>• Exámenes de laboratorio de apoyo al Diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Familiar Integral.</li> <li>• Información Educación y Comunicación IEC con los padres, niños, adolescentes y/o familia según corresponda.</li> <li>• Intervenciones preventivas en situaciones de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuelas promotoras de Salud: IEC con los padres, docentes, niños, adolescentes, jóvenes y/o familia según corresponda.</li> <li>• Municipios y Comunidades Saludables.</li> </ul>

Como puede observarse de las dos tablas anteriores, la horizontalización, al contrario que la suma simple de acciones verticales, se caracteriza por:

- El desarrollo de acciones integrales que logran las metas nacionales pero que yendo más allá del enfoque curativo individual, incorporan acciones de prevención y promoción a nivel familiar y comunitario.
- La inclusión de acciones de vigilancia en salud integradas dentro de las actividades de atención en los niveles individual, familiar y comunitario.
- Contar con indicadores y metas de prevención y promoción de la salud diferentes a las metas de los programas verticales.
- Disponer de protocolos, normas, instrumentos y sistemas de información integrados, que además tienen en cuenta de forma transversal los cuatro enfoques prioritarios: derechos, género, interculturalidad y medio ambiente. Esto facilita que el personal de salud trabaje un número reducido de herramientas donde se integran el conjunto de guías e instrumentos temáticos de las prioridades nacionales.

Para una mayor información sobre las tácticas operativas de los tres niveles en los diferentes países (Bolivia, Guatemala y Perú) donde se lleva a cabo la propuesta, y dada la complejidad y casuística de los instrumentos y protocolos, les derivamos a los documentos técnicos nacionales existentes en la web [www.saludintegralincluyente.com](http://www.saludintegralincluyente.com), y a aquellos otros documentos que se pueden solicitar libremente a los diferentes equipos de trabajo.



## OCTAVA CLAVE: REORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y REORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La transformación del sistema de salud propuesta a lo largo del documento requiere una organización en el primer nivel que sea capaz de brindar una atención integral, integrada y continua a toda la población, que sea favorable a la conformación de redes y al desarrollo de acciones a nivel individual, familiar y comunitario.

Un elemento imprescindible para ello es el reordenamiento territorial y la reorganización de la red de servicios en aras de asegurar la adscripción real de la población a un servicio de salud, para lo cual se requiere un sistema de información de los individuos y familias que se insertan en el mismo. En este apartado se proponen pautas generales y aspectos metodológicos para dicho reordenamiento y reorganización acorde al resto de las claves propuestas.

### EL ORDENAMIENTO TERRITORIAL EN AMÉRICA LATINA

Del análisis sobre el impacto y los resultados de la APS se extrae que *“el énfasis en responder a la demanda de servicios de salud sin una preocupación por la reorganización de los mismos ha sido una dificultad para brindar atención en los lugares con más necesidades”*. Por tanto la organización de la atención sanitaria acorde a postulados de la APS renovada, tales como atención integral, integrada y continua, cobertura y acceso universales, énfasis en promoción y prevención, así como orientación familiar y comunitaria..., comienza por garantizar la accesibilidad a los servicios de salud.

Esta accesibilidad requiere de mecanismos que aseguren la adscripción de la población a un equipo de salud ubicado en un establecimiento de la red institucional (ya sea puesto o centro de salud). Si bien desde la APS renovada y el documento de RISS se ha enfatizado la importancia de contar con equipos de salud que tengan una población y un territorio a su cargo claramente definidos, solo algunos países de la región han logrado avanzar hacia ello, predominando todavía en Latinoamérica sistemas desorganizados que no logran atender a todas las poblaciones, especialmente en las áreas rurales. A excepción de Cuba, Costa Rica, Brasil, Chile y Venezuela, los países no han tenido mecanismos formales de adscripción de la población salvo el caso de los seguros sociales (que adscriben solamente a la población asegurada). Aunque recientemente algunos países están en proceso de unificación de sus sistemas de salud con base en los elementos de la APS renovada, por lo general, el mecanismo de adscripción ha sido la demanda espontánea, lo cual impide una verdadera cobertura universal al no poder establecer la población concernida en cada uno de los servicios.

Por el contrario lo que ha prevalecido en el primer nivel de atención (especialmente en ámbito rural) de los países con sistemas fragmentados en múltiples programas verticales ha sido una red débil de servicios institucionales enfocada en la atención de la demanda, cuya ubicación no ha sido producto de una planificación organizada sino de esfuerzos de diferentes actores dentro o fuera del sistema por habilitar servicios, sin una lógica común, lo que ha traído la exclusión de dichos servicios de los grupos tradicionalmente marginados o alejados de los núcleos de poder.

Lo que ha prevalecido en el primer nivel de atención (especialmente en el ámbito rural) de los países con sistemas fragmentados en múltiples programas verticales ha sido una red débil de servicios institucionales enfocada en la atención de la demanda, cuya ubicación no ha sido producto de una planificación organizada.

## PAUTAS GENERALES PARA EL REORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL PRIMER NIVEL Y EL ANALISIS DE BRECHAS

Vistas las debilidades existentes en la región, y en base a la experiencia adquirida en los tres países en que se basa este documento, a continuación proponemos cuatro pautas para la necesaria ordenación del territorio y la reorganización de sus recursos desde el primer nivel de atención. El objetivo final es poder resolver, con esta nueva ordenación, las necesidades detectadas en el resto de claves y que impiden la garantía efectiva del derecho a la salud a través de una cobertura que sea realmente universal.

Hay que decir que para las cuatro pautas que se proponen a continuación, se ha tomado como medida geopolítica de referencia **el municipio**, que es una unidad local representativa para todos los países.

### 1. AGRUPACIÓN INICIAL DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO EN SECTOR Y TERRITORIO

Principalmente en las zonas rurales, pero de algún modo también en las urbanas (barrios), los municipios están conformados por comunidades y sus respectivas poblaciones. Como primer paso del reordenamiento territorial se propone agrupar dichas comunidades en dos unidades o ámbitos geográficos concretos, a saber: el sector y el territorio (con su nomenclatura específica en cada país).

**a) el sector** (área o micro-red): es un espacio geográfico delimitado dentro del municipio que se constituye en la unidad mínima de agregación y se conforma a partir de la agrupación de un conjunto de comunidades. Esta agregación, más allá del criterio poblacional cuantitativo, tiene en cuenta otros criterios cualitativos como pueden ser la accesibilidad, la comunicación, aspectos topográficos, culturales, lingüísticos o climáticos. Por tanto su conformación en cuanto a número de población es variable, en rangos entre 2.000 y 4.000 habitantes. Cada sector estará asignado a un servicio de salud concreto del primer nivel de atención (primer contacto), por lo general un puesto de salud con su respectivo equipo que denominaremos en adelante de manera genérica el Equipo Comunitario de Salud (ECOS).

**b) el territorio** (área de apoyo o red): la unidad de agregación mayor que la anterior, está conformado por varios sectores (rangos de 4 a 8). El número de población también será variable, entre 8.000 y 12.000 habitantes, según los criterios vistos para la conformación del sector. En el territorio, en un establecimiento de salud concreto dentro todavía del primer nivel de atención, se establece un equipo al que denominaremos en adelante de manera genérica Equipo de Apoyo de Salud (EAPAS). Este equipo, en tanto en cuanto está a cargo de los sectores, es el supervisor/formador de los ECOS de cada sector, así como el

responsable de la planificación y de la vigilancia en salud para todo el territorio, además de asegurar el sistema de referencia-respuesta con los terapeutas tradicionales y el resto de niveles del sistema.

De la anterior organización se desprende que un conjunto de territorios conformarían la totalidad de la unidad local que hemos denominado municipio, y a cargo de la cual siempre hay una autoridad sectorial de salud, sea ésta municipal o regional.

Los niveles de agregación y la distribución de los establecimientos y equipos de trabajo se esquematizan en la siguiente figura 1 a modo de ejemplo visual:

Para la realización del reordenamiento descrito en esta propuesta resulta indispensable contar con toda la información disponible del municipio y llevar a cabo el análisis con la participación comunitaria local, ya que es desde ahí donde se podrá obtener la información para poder tener en cuenta otros criterios diferentes a los poblacionales (accesibilidad, comunicación, factores topográficos, climáticos, culturales...). Además, a través de la participación social, se identificará la comunidad sede del establecimiento para cada sector.



Figura 1: Propuesta para la re-organización territorial del Primer Nivel de Atención

## 2. ESTABLECIMIENTO DE LAS BRECHAS EXISTENTES EN MATERIA DE RECURSOS

Reordenado el territorio, el primer nivel de atención no puede echar a andar sin hacer previamente un ejercicio de re-organización de los recursos en base a la nueva ordenación. El primer paso de esta nueva organización eficiente de los recursos es analizar brechas existentes entre los recursos mínimos necesarios (infraestructura, equipos y personal) y los recursos existentes. Este análisis, que llamamos estudio de brecha, comienza con los recursos materiales, donde se determinarán las infraestructuras óptimas (establecimientos existentes y en buen estado, establecimientos a remozar o remodelar y establecimientos nuevos por construir) y los equipamientos mínimos (inventario y determinación de mobiliario y equipamiento requerido).

Estos procesos de análisis de brecha deben seguir los estándares nacionales (y/o internacionales) para establecimientos de primer nivel de atención, pero contando con la participación y la supervisión de la comunidad y/o institucionales locales.

## 3. ESTIMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PRIMER NIVEL INCLUYENTE POR SECTOR Y TERRITORIO

A la par que el análisis de brecha de infraestructuras y equipamientos, se requiere identificar y determinar la brecha del otro gran recurso: el personal de salud. A la luz de la experiencia de trabajo ya existente en las experiencias piloto de Bolivia, Guatemala y Perú, se proponen los siguientes parámetros genéricos en los dos grandes equipos definidos:

**a. Estimación de la brecha de integrantes de Equipos Comunitarios de Salud:** El número de ECOS se corresponderá con el número de sectores identificados. El número de personas en cada ECOS puede variar en un rango de 2 a 5 según criterios de accesibilidad y cantidad de población, siendo el perfil mínimo de sus integrantes el de auxiliares o técnicos/as de Enfermería.

La brecha de personal de los ECOS resultará de restar al número de integrantes de ECOS requeridos en total el número de integrantes disponibles en los servicios del mencionado territorio.

**b. Estimación de la brecha de integrantes de Equipos de Apoyo en el Primer Nivel de Atención en Salud:** El número de EAPAS se corresponde con el número de territorios identificados dentro de un municipio. La conformación mínima de un EAPAS es de 4 personas (una persona encargada del nivel individual, una para el nivel familiar, una para el nivel comunitario y un asistente de información). Los perfiles mínimos varían principalmente según las funciones que se le otorguen en cada país, pero van a tener una gran dependencia de la existencia de determinados profesiones en el país (carencias de personal sanitario formado).

La brecha de personal de los EAPAS resultará de restar al número de integrantes de EAPAS requeridos en total, el número de integrantes disponibles en servicio para el conjunto del municipio.

El perfil y metodología de trabajo de los equipos del primer nivel se explica con mayor extensión y detalle en la siguiente clave (*equipos de trabajo polifuncionales*).

#### 4. REALIZACIÓN DE CENSO INICIAL Y ARRANQUE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

Empezar por un croquis y un censo, hechos por el propio personal de salud, permite un conocimiento global de cada sector y territorio, pero además supone una toma de contacto directa con la población y permite generar la línea de base real que marque las prioridades y metas de salud.

Llevada a cabo la re-ordenación del territorio y reorganizados los recursos (cubriendo inicialmente las brechas al menos en su mínima expresión), el sistema de salud está en disposición de definir y proponer un cronograma gradual de implementación escalonada del modelo propuesto en este documento. Dicho cronograma irá sustentado en un presupuesto de implementación y funcionamiento anual que garantice la sostenibilidad del mismo.

La primera de las tareas es hacer un croquis y censo real que permita un conocimiento global de cada sector y territorio. Herramientas estas hechas por el propio personal de salud como primera toma de contacto con la población y de cara a tener una línea de base real para fijar las prioridades y metas de salud. Toda esta información conviene trabajarla desde un sistema que organice de forma automática (y asigne códigos de trabajo) a todos los individuos y núcleos familiares existentes. Esto es un proceso arduo pero básico para el cumplimiento operativo de muchas de las claves propuestas.

La reorganización territorial del primer nivel y la adscripción poblacional permiten una configuración distinta de la red institucional que propicia que los equipos conozcan progresivamente la situación de salud de la población a su cargo, planifiquen y desarrollen intervenciones integrales intra y extramurales y trabajen con base en metas sanitarias.

Además esta nueva reorganización del territorio redonda en una mayor cercanía e identificación de la población con los servicios institucionales y sirve tanto para la conformación de redes integradas con otros modelos de salud como para el trabajo intersectorial.



## NOVENA CLAVE: EQUIPOS DE TRABAJO POLIFUNCIONALES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Es sabida la problemática existente en la región en torno a los recursos humanos en salud, caracterizada por la falta de personal cualificado y/o su escasa adecuación al contexto y las necesidades locales.

Partiendo de un reordenamiento del primer nivel que asegure la cobertura universal, en este apartado se propone la conformación de dos equipos diferenciados para el primer nivel de atención, sus competencias específicas y una nueva lógica de trabajo que, basada en el polifuncionalismo y el trabajo en equipo, permitirá el cumplimiento de los elementos esenciales de la APS mediante el desarrollo adecuado de la estrategia programática, la vigilancia en salud y la gestión óptima del primer nivel.

### LA PROBLEMÁTICA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Desde la propia óptica de la OMS, los recursos humanos son el capital más importante de un sistema de salud que se basa en la APS, ya que el número, distribución y competencias de dichos recursos son los que permitirán asegurar servicios integrales y apropiados que cubran las necesidades de la población y el territorio.

En los últimos años la OPS se ha ido pronunciando, en base a la experiencia, sobre los principales problemas que, en materia de recursos humanos, han obstaculizado el desarrollo de la APS en la región. Destacan entre estos problemas:

- la escasez de políticas e incentivos.
- la cantidad insuficiente de trabajadores de salud cualificados para avanzar hacia la cobertura universal.
- la escasez de personal (en especial de enfermería) y su distribución desigual.
- su preferencia por trabajar en áreas urbanas (y en segundos y terceros niveles).
- la poca motivación y falta de remuneración de los profesionales de la salud (en comparación con los de otros campos).
- la formación de pre y post grado con un enfoque predominantemente curativo y que no se ajusta a los requerimientos de la APS.
- el escaso desarrollo y estímulo del trabajo en equipo.
- la falta de apoyo y supervisión adecuados.

Personas que cuidan de personas: los equipos de salud constituyen el recurso más importante de un sistema de salud, ya que son los que permitirán asegurar servicios integrales y apropiados para cubrir las necesidades de la población.

Esta problemática descrita se ceba principalmente con la población rural y el primer nivel de atención, lo que incide fuertemente en la alta rotación o la ausencia permanente de personal en estos lugares. Cuando se logra conformar un equipo de trabajo en estas zonas, en el mismo continúa imperando el énfasis curativo y el trabajo individual a partir de funciones diferenciadas. El diseño nacional fragmentado en los programas verticales se reproduce en el trabajo del equipo local. Por ejemplo, los/as enfermeros/as terminan encargados de vacunaciones, las/os médicos de la consulta y los técnicos del control de vectores o agua. Además la ausencia de políticas de recursos humanos y de una planificación sistémica de los mismos hace que normalmente el personal sanitario existente no sea oriundo o cercano a su zona de trabajo, por lo que no habla el idioma local ni conoce el contexto cultural, y esto influye en la poca o nula pertinencia intercultural de la atención.

El primer nivel requiere de unos equipos de salud con nuevas competencias y una lógica de trabajo que asegure la integralidad y la inclusión, para lo que se proponen dos tipos de equipos institucionales (ECOS y EAPAS) que funcionan de manera coordinada dentro de un mismo municipio.

### **CONFORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: DOS EQUIPOS COORDINADOS**

La conformación de los equipos de salud en el primer nivel de atención en la región es muy variada y diversa, por lo que dentro de esta clave es muy difícil definir una estructura cerrada y concreta. Más bien debe atenderse a las principales características y oportunidades de cada país. Aún así trataremos en este documento de hacer una propuesta base modulable en cada situación.

Independientemente de la composición (cada país puede hacerlo de una manera diversa) un elemento común a todos los equipos del primer nivel es que deben desarrollar acciones de atención integral, vigilancia y gestión. Partiendo de la multi-concepción incluyente y de la estrategia programática propuesta en las claves anteriores, consideraremos que el primer nivel requiere de unos equipos de salud con nuevas competencias y una lógica de trabajo que asegure la integralidad y la inclusión. Por ello, y en alineamiento con la APS renovada y los atributos de las RISS, proponemos, como ya se ha visto en la clave anterior, la conformación de dos equipos institucionales que funcionan de manera coordinada en un mismo municipio: el Equipo Comunitario de Salud (ECOS) y el Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).

Conforme al reordenamiento territorial del primer nivel de atención visto en la clave anterior, y donde se explican las unidades geográficas de agregación de la población (los sectores y territorios) se configuran estos dos equipos. En los puntos siguientes desarrollaremos lo concerniente a su conformación y competencias que se pueden visualizar de forma genérica en la figura 2.

#### **EL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD (ECOS) A CARGO DEL SECTOR.**

Dado que es el punto de contacto con la población, se trataría de un equipo preferentemente integrado por personal local o de origen cercano a la zona, que comparta o al menos conozca la cultura y hable el idioma local. En cuanto a la titulación, si bien es deseable una cualificación alta en aras de garantizar una mayor permanencia y dada la baja disponibilidad de personal cualificado en muchos países, puede ser personal técnico o auxiliar de enfermería. Además es difícil encontrar personal sanitario altamente cualificado que reúna las características inicialmente descritas (adecuación cultural).

Este equipo debe contar con un número de personas suficientes para el cumplimiento de su carga laboral dentro de una zona geográfica (sector), que tiene un conjunto de pobla-

ción asignada. Dado que la asignación poblacional responde a múltiples criterios, no sólo el número de habitantes, sino también factores de comunicación y barreras geográficas, el número de personas necesarias no es un valor único sino que dependerá de las distancias, los habitantes y la programación anual que en relación a las necesidades de salud haya sido elaborada. Pero dado que la estrategia programática de cada sector parte de los tres niveles de acción (individual, familiar y comunitario) no es recomendable que los equipos se conformen por menos de dos integrantes, idealmente con paridad de género (es decir, conformación mixta).

Un criterio fundamental que se debe mantener en el trabajo de estos ECOS es la **polifuncionalidad** de tareas y la **rotación** entre los tres programas. Las ventajas de estas dos características que consideramos muy relevantes a la hora de conformar y poner a trabajar estos ECOS se resume, en base a la experiencia adquirida, en las siguientes ventajas:

- Al realizar rotaciones en los diferentes programas o niveles, todo el personal del ECOS llega a conocer con profundidad el entorno personal, familiar y comunitario de la población bajo su cobertura, ya que alterna consultas intramuros con visitas extramuros.
- El polifuncionalismo va encaminado a asegurar la adquisición y aplicación de competencias dirigidas a la integralidad; si no existen funciones diferenciadas, todo el personal del ECOS conoce y aplica correctamente el conjunto de tácticas operativas, acciones y procedimientos que debe desarrollar el equipo.
- El polifuncionalismo genera mayores posibilidades de trabajo en equipo, abarcando no solo las tareas programáticas de atención, sino también las de vigilancia en salud y la gestión del establecimiento.
- El polifuncionalismo, y por tanto el trabajo en equipo, permite una distribución equitativa de la carga del trabajo entre todos los integrantes del ECOS, evitando los conflictos laborales más recurrentes. Además permite de manera eficaz cubrir ausencias del personal entre sectores.

### EL EQUIPO DE APOYO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD (EAPAS) A CARGO DEL TERRITORIO

Como indicaba la figura inicial, el EAPAS realiza tanto atención integral como un trabajo de gestión, pues será este equipo quien coordine y supervise el trabajo de varios ECOS. Se trata de un equipo de salud más completo, con mayor perfil resolutivo y tareas más orientadas a la coordinación y la supervisión.

Los EAPAS tendrán a su cargo: la coordinación de los programas (Individual, Familiar y Comunitario) de todos los sectores; la supervisión y monitoreo de los ECOS; la formación permanente de los ECOS; la vigilancia de salud y el sistema de información; así como la atención de referencias (o bien el apoyo en la activación de las mismas a un nivel de mayor complejidad) cuando éstas rebasan el perfil resolutivo de los ECOS.

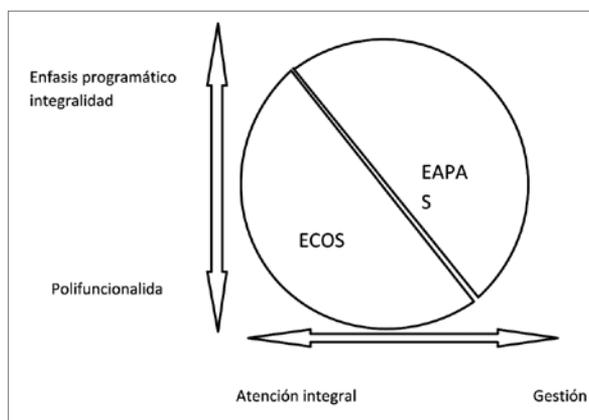


Figura 2:  
Los equipos operativos del Primer Nivel de Atención en Salud

Cada miembro del EAPAS tendrá una doble función de supervisión intercalada con la formación en servicio, y tendrán a su cargo la coordinación de uno de los tres programas de acción (Individual, Familiar y Comunitario) y la coordinación de uno de los sectores (o varios si fuera necesario).

Su conformación es también variable, dependiendo del número de sectores y ECOS a coordinar, con un mínimo de cuatro personas: un responsable de cada programa más un asistente de información. También los perfiles son variables, aunque en este caso debe cubrir unos mínimos de cualificación para poder hacer la coordinación de otros equipos. A continuación incluimos la conformación y perfil mínimo de estos EAPAS en la experiencia de Guatemala:

**TABLA 8: CONFORMACIÓN Y PERFIL MÍNIMO REQUERIDO DE UN EAPAS - GUATEMALA**

PUESTO	PERFIL
Coordinador(a) de Territorio	Médico(a) general o Licenciado(a) en Enfermería con formación y experiencia en salud pública
Responsable del Programa Individual	Médico(a) general ó Enfermero(a) profesional
Responsable del Programa Comunitario	Técnico(a) en salud rural, inspector(a) de saneamiento ambiental, técnico(a) en trabajo social
Responsable del Programa Familiar	Enfermero(a) profesional, auxiliar de enfermería o técnico(a) en salud rural
Asistente de información	Técnico(a) en computación

### COMPETENCIAS BÁSICAS PARA LOS EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Las competencias básicas del personal de salud del primer nivel deben ser aquellas que permitan lograr el acceso y cobertura universal, eliminando barreras para que la atención sea integral e integrada, continua, eficaz, de calidad y con calidez.

De los principios de la APS renovada y de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS –atributo 11) se extrae que las competencias básicas del personal de salud del primer nivel deben ser aquellas que permitan lograr el acceso y cobertura universal eliminando barreras (geográficas, culturales y de género, entre otras) para que la atención sea integral e integrada y continua, de calidad, eficaz y con calidez. Además se hace hincapié en que los recursos humanos deben ser suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. E incluye la necesidad de desarrollar nuevas competencias en aspectos como por ejemplo: el abordaje sistémico, la negociación y resolución de conflictos, el trabajo en equipo, la mejora continua de la calidad y gestión de redes...

Tomando como referencia los equipos expuestos en el punto anterior y a los objetivos descritos por la APS renovada y las RISS, la propuesta de competencias básicas para los equipos del primer nivel de atención son:

1. Aplicar los criterios y la metodología de reordenamiento territorial y análisis de brecha para determinar la reorganización del primer nivel de atención con base a múltiples criterios que aseguren el acceso y la equidad.
2. Realizar, de manera participativa, los análisis de situación de salud del territorio y población a su cargo, teniendo en cuenta la multi-concepción incluyente, los tres niveles de análisis acción (individual, familiar y comunitario) y los cuatro enfoques (derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente) ya mencionados.

3. En base a dichos análisis, y conforme a prioridades nacionales, identificar y planificar las intervenciones integrales de curación, prevención, promoción y rehabilitación de la salud.
4. Monitorear y evaluar el logro de metas y resultados programáticos y sanitarios.
5. Aplicando la horizontalización de los programas verticales, desarrollar las tácticas operativas de los programas individual, familiar y comunitario, tomando en cuenta todas las etapas de vida, los diagnósticos y riesgos familiares y los determinantes en el nivel comunitario.
6. Tener en cuenta en todas las intervenciones los enfoques de salud como derecho, género, pertinencia intercultural y medio ambiente, tanto con individuos como en las familias y comunidades
7. Desarrollar procesos de articulación/coordinación entre el ámbito institucional y el comunitario, así como la conformación de redes y la promoción de la intersectorialidad.
8. Coordinar y establecer cauces de comunicación horizontal con los modelos de salud existentes en la comunidad, buscando el intercambio de conocimientos y prácticas con los terapeutas tradicionales.
9. Cumplir con las etapas del ciclo administrativo (planificación, organización, control) en el ámbito institucional para la gestión efectiva del primer nivel de atención.
10. Hacer seguimiento a los sistemas de vigilancia de la salud, de información, de referencia y contra-referencia para asegurar la atención integral, integrada y continua.

En el momento presente el reto para el personal de salud es: formar para educar, educar para cuidar, cuidar para promover, promover para prevenir, prevenir para evitar, evitar para lograr el bienestar.

## NUEVOS PROCESO DE FORMACIÓN INTEGRAL E INCLUYENTE PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En el contexto latinoamericano, especialmente en Bolivia, Guatemala y Perú, se ha comprobado que las instituciones académicas de los recursos sanitarios no logran, aunque hay tímidos intentos, asegurar una formación adecuada para el desarrollo de un trabajo integral en el primer nivel de atención. A ello hay que añadir que, ya sea por la formación o por la procedencia, el personal formado en el mundo académico no reúne las mejores condiciones para acceder a la realidad local de las zonas rurales o periurbanas. Esto dificulta su permanencia en estos lugares y por tanto impide consolidar los logros en salud.

Ante esta problemática, y con base en las experiencias de Bolivia, Guatemala y Perú, para el cumplimiento de las claves propuestas en el presente documento se requieren inexorablemente nuevos procesos de formación de los recursos humanos en salud, llevada a cabo en tres fases: una formación inicial, una formación permanente y un título propio.

La **formación inicial** debiera darse en las instituciones académicas como parte de la formación de grado, antes de la obtención de la titulación. Si bien puede ser parte de una titulación académica, en algunos casos podría plantearse la necesidad de desarrollar carreras específicas con la finalidad de contar con personal formado en las competencias requeridas para una intervención integral e incluyente en el primer nivel de atención<sup>10</sup>.

Una segunda formación necesaria es aquella **formación permanente en servicio**, la cual se propone como un proceso de actualización y fortalecimiento de competencias a partir de

<sup>10</sup> En el caso de Guatemala se han desarrollado cursos de auxiliares de enfermería comunitaria avalados por el Ministerio de Salud

necesidades identificadas en las actividades de supervisión de los EAPAS a los ECOS y de los equipos centrales a los EAPAS. La formación es un proceso infinito, con una necesidad constante para que los recursos humanos crezcan profesionalmente día a día y se mantengan actualizados. Para demostrar la necesidad de esta formación, debe ser tomada en cuenta para la planificación anual y mensual de los equipos de salud y verificarse en metas concretas.

Por último, ya que la creación de carreras específicas o la mejora de las existentes estaría dirigida a la formación de nuevos recursos humanos, se debe dar un proceso paralelo de formación para personal ya titulado lo constituye un diplomado o **título propio**. Esta busca ser una formación reglada y amplia, y preferente antes de iniciar la implementación de la nueva estrategia operativa, y que si bien puede combinarse con la formación en servicio, debe ser diferente a ésta aunque se brinda también al personal que ya se encuentra trabajando dentro en el sistema de salud. La formación pretende generar competencias en atención integral a nivel individual, familiar y comunitario, educación de adultos, prevención y promoción de la salud, sistemas de información y vigilancia, organización y gestión; así como en los enfoques de derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente, todo ello, en el marco de los planteamientos de la APS renovada.

La formación es un proceso infinito, con una necesidad constante para que los recursos humanos en salud crezcan profesionalmente en su día a día y se mantengan actualizados.

## EL PERSONAL COMUNITARIO COMO RECURSO HUMANO EN SALUD

Los Agentes Comunitarios de Salud (promotores, facilitadores, animadores, vigías<sup>11</sup>...) es un tema complejo y variable en cada uno de los países de la región, pero no dejan de ser una realidad constatable dentro de los sistemas de salud nacionales. Es por ello que sin tener una posición concreta y definida de su papel dentro del sistema de salud que proponemos, consideramos que deben ser enunciados para no excluir uno de los hechos más presentes en la salud comunitaria de los países donde pretendemos, con este documento, ser eje transformador.

La figura de Agente Comunitario de Salud (ACS) o análoga surgió en los años 60 para paliar el incumplimiento del estado de su obligación de brindar servicios estatales de salud para zonas aisladas y pobres, sobre todo en ámbitos urbanos marginales y rurales de difícil acceso geográfico y de grupos étnicos distintos a los de los prestadores de salud. Con el paso de los años han ido ocurriendo cambios estructurales y el estado ha ido asumiendo sus obligaciones con personal institucional en aquellas zonas y lugares donde los ACS han venido actuando. Sin embargo hoy día hay muchos lugares donde las condiciones que hicieron necesaria la presencia de los ACS se mantienen.

Donde sean todavía necesarios, los ACS tienen que ser incorporados plenamente al sistema de salud y por tanto contar con su reconocimiento, con la asignación de ciertas tareas, otorgándoles la formación necesaria y dotándoles de los estímulos pertinentes para su trabajo<sup>12</sup>, considerándolos elementos de apoyo en la organización de algunas tareas de carácter comunitario, familiar y de vigilancia.

11 Según sea su rol o ámbito de intervención en que actúen.

12 Incluso una política general de estado sostenible en el tiempo que implique una remuneración, lo que si se une a una formación reconocida académicamente, podría devenir en que dejen de ser ACS y pasen a ser trabajadores públicos.



## DÉCIMA CLAVE: LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Las dificultades para la operatividad de los sistemas de vigilancia de la salud están relacionadas con la visión y alcances de la epidemiología tradicional, pero también, con la falta de formación del personal sanitario.

Partiendo de la multi-concepción incluyente, en este apartado se propone el desarrollo de un Sistema de Vigilancia Sociocultural de la Salud que, además de cumplir con las normas nacionales de vigilancia epidemiológica, incorpora variables socioculturales, realiza aproximaciones sucesivas a la epidemiología específico-cultural de los pueblos indígenas, e implementa mecanismos de integración de la vigilancia activa a la atención individual, familiar y comunitaria, lo que se traduce en la generación gradual de competencias de análisis y toma de decisiones en los equipos de salud del primer nivel.

### LA VIGILANCIA EN SALUD EN EL MARCO DE LA RENOVACIÓN DE APS

En el elemento esencial *énfasis en la promoción y en la prevención*, la APS renovada resalta el vínculo de dichas intervenciones con las funciones esenciales de la salud pública, entre ellas la vigilancia en salud. Por otra parte la vigilancia en salud está estrechamente relacionado con lo planteado en algunos atributos de las RISS<sup>13</sup>.

Las dificultades para implementar sistemas de vigilancia en salud efectivos y pertinentes son dos. Por un lado, aquellas relacionadas con la visión limitada de la epidemiología tradicional y que tienen mucho que ver con lo expuesto en la clave segunda. Por otro lado, las dificultades fruto de los procesos de formación del personal de salud, por lo general, carentes de los elementos necesarios para el logro de la integralidad y, como parte de ello, desprovista de aspectos específicos dirigidos al conocimiento e importancia del enfoque epidemiológico.

Con respecto a la primera de las dificultades, continuando con lo indicado en la segunda clave relativa a las limitaciones del paradigma científico y llevado ese análisis al ámbito de la epidemiología tradicional, se puede afirmar que desde dicha disciplina suele abordarse

Las dificultades para implementar sistemas de vigilancia en salud efectivos y pertinentes son: la visión limitada de la epidemiología tradicional y las carencias competenciales del personal de salud.

13 Atributo 1. Población y territorio a cargo definidos, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.

Atributo 2. Extensa red de establecimientos que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación... y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

Atributo 12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

El concepto de vigilancia sociocultural de la salud implica una visión más amplia y compleja que la tradicional; es un proceso que permite el abordaje sociocultural de la salud basándose en un enfoque multidimensional del proceso salud enfermedad y en la caracterización de los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad.

tan solo una dimensión de la realidad: la del subconjunto de personas enfermas en una población determinada. Esto se debe a que los principales referentes provienen del campo de los conocimientos biológicos por lo que los diseños de investigación y modelos de análisis e intervención están orientados hacia la linealidad y causalidad, y esto se traduce en acciones de vigilancia de eventos, principalmente de daños a la salud. Dentro del campo de la epidemiología ha habido avances en cuanto a ir superando el enfoque tradicional, especialmente en el campo de la epidemiología social, pero realmente en los sistemas de salud de la región continúan predominando la visión de la epidemiología tradicional con su consiguiente problemática. Si bien es necesaria esta parte de la vigilancia no es suficiente para el abordaje de la complejización epidemiológica.

En cuanto a la segunda de las dificultades, los procesos de formación de personal, por lo general en la región dichos procesos han carecido de los mínimos necesarios para reconocer la importancia de analizar y utilizar la información para, con las limitaciones que la interpretación de la realidad ofrece, conocer la situación de salud y planificar o evaluar las intervenciones. Y menos aún para llegar a interrelacionar las ilimitadas variables vinculadas con la salud.

Además de estas dos principales carencias, la configuración de los sistemas de salud está basada, como hemos reiterado, en un enfoque curativo centrado en la consulta, lo que ha significado que los recursos se dirijan hacia la atención individual. Esto impide una organización distinta al sistema que le permita, desde la prevención y la promoción, la creación de una cultura de análisis y vigilancia en salud que la convierta en una actividad cotidiana y sistémica.

Por último, otra de las debilidades detectadas del sistema de vigilancia en salud, es que en algunas ocasiones las normas nacionales de vigilancia epidemiológica se diseñan en forma centralizada para responder más a requerimientos internacionales y prioridades nacionales que a perfiles locales. Esto limita al nivel local a la simple función de detectar casos y notificarlos al nivel central, por lo que se impide el desarrollo de procesos de vigilancia en salud amplios y sistémicos que contribuyan al análisis y toma de decisiones en lo local.

En resumen, en algunos países la vigilancia epidemiológica que se realiza es incompleta e insuficiente por estar demasiado sujeta a la epidemiología tradicional, e incluso ni siquiera desde el enfoque tradicional se lleva adelante una vigilancia en salud eficiente y eficaz debido a problemas relacionados con la organización de las actividades, así como la inconsistencia y la falta de análisis de los datos que se recaban.

## **DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL A LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD (VSCS)**

Partiendo de que la multi-concepción reconoce a la salud como proceso multidimensional y complejo, proponemos el concepto de vigilancia sociocultural de la salud que implica también una visión más amplia y compleja que la que concibe la epidemiología tradicional. En ella la vigilancia se concibe como un proceso que permite el abordaje socio cultural de la salud, basándola en un enfoque multidimensional del proceso salud enfermedad y en la caracterización de los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad. Es decir los factores biológicos tradicionales en la vigilancia de salud pública, se complementa con otros

aspectos multidimensionales de la persona así como la categoría de reproducción social, la cual incluye los procesos de *producción, consumo y sociocultural*.

La *producción* se refiere a la actividad económica de las personas e incluye tanto las actividades laborales como el trabajo doméstico y los cuidados familiares. El tipo y distribución de trabajos influirán en los ingresos, acceso a servicios así como en ciertos riesgos y enfermedades específicas. El *consumo* se refiere a los recursos (alimentos, ropas, etc.) y servicios (agua, transporte, educación) así como a las actividades de descanso y recreación que completan el tiempo de disfrute de las personas. Los procesos *socioculturales* se refieren al contexto de las personas donde se articulan las condiciones laborales y de vida, y donde se dan las normas y valores que influirán en la percepción y afrontamiento de la salud-enfermedad.

La vigilancia sociocultural busca profundizar estos tres procesos en los tres niveles de análisis-acción propuestos: individuo, familia y comunidad. La información que se recolecta en cada nivel de acción o programa de salud facilita la caracterización de la persona, familia o comunidad, y permite formular posibles interrelaciones entre estos tres espacios. Este tipo de vigilancia permite un acercamiento más preciso e integrado con la realidad y por lo tanto una mejor comprensión para definir las intervenciones más apropiadas. Todo ello porque la vigilancia en salud no es un fin en sí mismo, sino una herramienta y por tanto debe ser entendida como “información para la acción”. El sistema de vigilancia sociocultural de la salud 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.

Esta nueva metodología de vigilancia de la salud implica necesariamente una amplia formación de los equipos locales 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 el conocimientos de las lógicas socioculturales en el marco de la auto-atención.

Para lograr la puesta en marcha de este Sistema de Vigilancia Sociocultural de la Salud se hacen precisas dos acciones concretas:

- Desarrollar un análisis que involucra dimensiones sociales, de género y culturales que generalmente no se toman en consideración para los problemas biomédicos de la salud pública. Esto implica abrir una visión a procesos como la auto-atención, los riesgos familiares, o a la identificación y atención de problemas no considerados prioritarios dentro de la salud pública. Todo ello concebido dentro del sistema de salud propuesto en las presentes claves, recalcando la importancia de la búsqueda activa de riesgos y problemas mediante actividades extramuros desarrolladas sistemáticamente.
- Desarrollar un acercamiento gradual a la epidemiología de las enfermedades específicas reconocidas y atendidas por otros modelos de salud, como sería el caso del análisis cualitativo y posteriormente cuantitativo de las enfermedades atendidas por terapeutas de los pueblos indígenas. Esta perspectiva epidemiológica, sumada a una oferta sostenida y atención a la demanda, genera el acercamiento de los servicios a la epidemiología local e influye positivamente en el logro de la cobertura universal y la pertinencia de la atención.

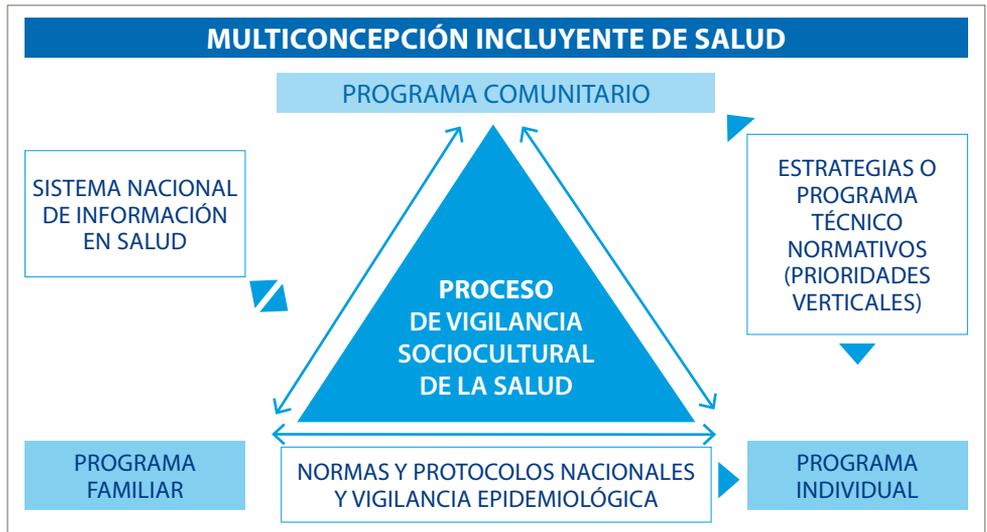
La vigilancia en salud no es un fin en sí mismo sino una herramienta para recolectar, procesar y analizar la información de cara a la toma de decisiones y definición de estrategias, así como la evaluación de las acciones.

## ELEMENTOS PARA LA CONCRECIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para la concreción operativa del Sistema de Vigilancia Sociocultural, ésta debe hacerse de forma integrada dentro de las actividades de atención como parte de la estrategia de horizontalización programática, y por tanto ser desarrollada sistemáticamente por los equipos de trabajo del primer nivel de atención. Dicha integración favorece el fortalecimiento gradual de competencias en aquellas acciones que tienen que ver con la identificación de casos o eventos, su notificación y ruta de actuación.

En la siguiente figura se esquematiza la forma en que la vigilancia sociocultural se integra en el sistema relacionándose con la estrategia programática de los tres niveles y con el cumplimiento de las normas nacionales.

Figura 3:  
Esquematación  
de la vigilancia  
sociocultural  
integrada a la  
atención



Esta nueva metodología de vigilancia de la salud se reflejará en normas concretas a desarrollar en acciones realizadas en los niveles individual, familiar y comunitario. Por ejemplo, a nivel *individual* se normarán acciones de vigilancia pasiva de eventos priorizados (p.e. dengue o sospecha de parálisis flácida) mientras que en el nivel *familiar* se desarrollará el componente de vigilancia activa de dichos eventos. La fuente de información *comunitaria* es de suma importancia incluido el rumor, dado que éste es el primer eslabón en la cadena de información de la vigilancia en salud.

Para ello, la vigilancia sociocultural de la salud, además de cumplir con los protocolos nacionales de vigilancia epidemiológica y las prioridades de los programas verticales, requiere de elementos adicionales tales como protocolos de vigilancia de enfermedades atendidas por terapeutas de los pueblos indígenas, instrumentos de vigilancia de riesgos familiares, en embarazadas, puérperas y recién nacidos, así como instrumentos para la investigación de muertes en menores de 5 años y en población general.

La información surgida en los tres niveles a través de los instrumentos indicados, debe ser analizada por el propio equipo del nivel local, para lo cual se deberán normar y planificar espacios concretos. A modo de propuesta, estos espacios de análisis de la información serían:

- Reunión de vigilancia semanal de casos de desnutrición, casos especiales (incluyendo psicossociales), mortalidad y enfermedades de notificación obligatoria (incluyendo las atendidas por terapeutas indígenas y populares).
- Análisis periódicos de la sala situacional de salud en los equipos de salud, con terapeutas tradicionales, así como con las organizaciones comunitarias.
- Análisis de Situación de Salud (ASIS) cada año, para revisar morbilidad y enfermedades atendidas por los modelos tradicionales, mortalidad, riesgos familiares, metas de producción de servicios y evaluación de estrategias programáticas.

Todo ello con un proceso continuo y sistémico de monitoreo de la calidad de la información, iniciado desde la captura, el registro y, en su caso, el ingreso a las herramientas automatizadas que agilizan el procesamiento y generación de información.

El ciclo de la vigilancia debe cerrarse con la devolución y divulgación de dicha información a la comunidad representada en sus líderes y organizaciones a través de actividades de rendición de cuentas.

### **EL CASO DE PERÚ: LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD A PARTIR DEL MODELO DE VIGILANCIA COMUNITARIA**

En el caso peruano se propone concretar la vigilancia sociocultural de la salud mediante la incorporación de variables y problemas de salud relevantes para los modelos tradicionales integrándolas a las normas nacionales de vigilancia epidemiológica, haciéndolas efectivas mediante el Sistema de Vigilancia Comunitaria.

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

La vigilancia comunitaria debe ser impulsada por los Equipos Comunitarios de Salud y los Equipos de Apoyo a la Atención en Salud. Esta empieza con la sectorización y el censo/empadronamiento a través de la ficha familiar para recoger las necesidades sociales en el territorio.

A fin de obtener datos para el diagnóstico familiar, se utilizará la Ficha Familiar como instrumento primordial, para la obtención del diagnóstico desde la perspectiva del prestador. Las fichas de autodiagnóstico y comportamientos y estilos de vida saludable son el instrumento para la obtención del diagnóstico desde la perspectiva de la familia. Con los resultados del análisis de la información del censo se realiza la sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares correspondientes a las familias de la jurisdicción o sector priorizado. Progresivamente los equipos mencionados elaborarán y desarrollarán planes de atención familiar y comunitaria y organizarán el sistema de seguimiento de usuarios.

### **EL SISTEMA DE INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD**

Para que la vigilancia sociocultural de la salud sea eficaz y más eficiente se debe contar con un sistema de información para el primer nivel, comprendido éste en un sentido amplio, es decir un sistema que incluye desde los procedimientos de recolección de los mismos, hasta

las actividades de análisis y devolución de la información. Para ello dicho sistema debería contar con una parte automatizada que permita el procesamiento oportuno de la información y reduzca al máximo la carga del personal sanitario en dicha tarea.

Para que la vigilancia sociocultural de la salud sea más eficaz y eficiente se debe contar con un sistema de información para el primer nivel que debería contar con una parte automatizada que permita el procesamiento oportuno de la información y reduzca al máximo la carga del personal sanitario en dicha tarea.

El sistema de información “automatizado” para el primer nivel debe estar conectado con el Sistema Nacional de Información en Salud para su rendición de cuentas a nivel central, así como con todos otros aquellos que se consideren oportunos. Dicho sistema automatizado contribuirá a planificar, monitorear y evaluar todas las actividades e intervenciones que responden a dicha situación de salud, brindando un procesamiento más confiable y ágil de la información.

En todo caso, la “automatización” del procesamiento de la información no supone la suplantación del crucial papel que juegan los equipos de salud locales en el sistema de vigilancia. Hay que saber que no es el software sino las personas quienes realizan las acciones de vigilancia y quienes recaban, registran, digitan, analizan y utilizan la información que el sistema procesa. Es decir, el componente automatizado del sistema debe ser visto como una herramienta para contribuir de forma eficaz y ágil al procesamiento y generación de informes de los datos que se recolectan en cada establecimiento del primer nivel. Para poder cumplir oportuna y eficientemente con estas funciones de digitación, es recomendable contar con personal específico a cargo de las mismas (asistentes de información).

En resumen, las características básicas del sistema de información para el primer nivel de atención que se propone son:

- Permitir el uso inmediato de la información en los niveles locales, especialmente en la gestión del primer nivel de atención, y generar condiciones óptimas para la vigilancia sociocultural de la salud.
- Estar basado en el reordenamiento territorial y el censo inicial y, a partir de estos, contar con códigos individuales y familiares e información comunitaria que permitan un seguimiento estrecho de las metas de curación, prevención y promoción de la salud.
- Contar con equipos de trabajo con una visión integral del Sistema de Información del cual son parte; comprometidos con la calidad del dato y el registro adecuado de la información para su posterior análisis y toma de decisiones.
- Desarrollar procesos de monitoreo de la calidad de la recolección, registro e ingreso de los datos;
- Instrumentos e instructivos integrados, sencillos, de fácil manejo para los equipos del primer nivel.
- Desarrollar un software que sea factible de utilizar tanto en lugares con conectividad permanente como donde ésta es temporal o inexistente; y contar con los recursos necesarios para la administración de esta parte automatizada del sistema.
- Integrar los datos de tal forma que permitan el uso de la información según los niveles de análisis requeridos.
- Contar con informes dinámicos de generación automática que faciliten al personal su uso en el análisis, con la posibilidad de cruzar datos diversos.
- Contar con procesos para asegurar el uso de toda la información generada según nivel de análisis y la participación del personal involucrado en la captura e ingreso de los datos en el proceso de vigilancia.



## UNDÉCIMA CLAVE: LA FINANCIACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El debate sobre la financiación de los sistemas de salud en la región ha estado más enfocado al aumento del gasto público en salud y menos a mejorar su eficiencia, en particular dirigiendo recursos suficientes para un primer nivel de atención, que se entiende como base de todo el sistema. En algunos países las inequidades en salud también están relacionadas a la visión biomédica imperante, priorizando lo curativo, es decir, lo de más alto costo.

En este apartado, y con base en los principios de la APS renovada, se proponen pautas que aseguren recursos adecuados para la operativización de un primer nivel de atención en salud incluyente, como el propuesto en el resto de las claves

### LA FINANCIACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS Y SUS PRINCIPALES OBSTÁCULOS

La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS afirma que *“los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud. Se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro”*.

En materia de financiación de sistemas de salud, dicha Comisión recomienda los modelos de financiación basados en impuestos o bien mediante un seguro universal obligatorio, puesto que la evidencia mundial demuestra que los sistemas de salud financiados con fondos públicos son los más equitativos y eficaces. Los países en los que toda la población tiene acceso a servicios de salud suelen tener niveles altos de fondos mancomunados de entre el 5 y 6% del PIB. Para el caso de los países de ingresos medios y bajos, la Comisión resalta la necesidad de reducir al mínimo el pago directo (o gasto de bolsillo) ya que ello se ha traducido en la reducción del uso de los servicios de salud con consecuencias sanitarias sumamente desfavorables, así como también en inequidades en salud al existir una relación entre acceso y calidad de los servicios y niveles de renta.

Por su parte, en el ámbito latinoamericano, la Declaración de Montevideo establece que *“Los Estados deben llevar a cabo las actividades necesarias para trabajar hacia el logro del financiamiento sostenible de los sistemas de salud, apoyar el proceso de renovación de la atención primaria de salud y promover una respuesta adecuada frente a las necesidades sanitarias de la población”*.

Los modelos de financiación de los servicios públicos de salud basados en impuestos o mediante un seguro universal obligatorio son siempre los más equitativos y eficaces.

Según el Informe de la Salud en el Mundo 2010, existen tres obstáculos fundamentales en torno al logro de la cobertura universal:

- La **disponibilidad de recursos**, ya que ningún país (ni los de mayor riqueza) ha logrado garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones en salud, en los países más pobres la brecha es muy superior.
- La dependencia excesiva de los **pagos directos**, incluyendo los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas. Aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, existen en muchos países formas de copagos, coaseguros o deducibles. La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento de necesitarlos impide que millones de personas reciban asistencia médica y puede dar lugar a su empobrecimiento.
- El **uso ineficiente y no equitativo** de los recursos. Se “malgasta” en el mundo entre un 20 y un 40% de los recursos destinados a la salud. Una mayor eficiencia no debe ser confundida (muy usada como argumento político) como reducción del gasto público en salud, sino con el uso eficiente de los recursos que sean necesarios para garantizar la cobertura universal.

Será clave para la transformación de los sistemas de salud el desarrollo de políticas a favor de un financiamiento público sostenible que apunte al logro de una cobertura universal con equidad poniendo el foco en el primer nivel de atención.

Además en los sistemas de salud de la región las inequidades en la financiación se expresan también en una excesiva concentración de recursos en áreas urbanas y niveles hospitalarios en detrimento de las áreas rurales y del primer nivel de atención. Por otra parte, en países en desarrollo, los fondos de cooperación suelen ser una fuente financiera importante del Ministerio de Salud, pero ésta suele operar bajo la lógica vertical ya expuesta en este documento, lo que contribuye a la ineficiencia e inequidad. En este sentido la OPS/OMS califica a las nuevas iniciativas verticales de salud mundial como “nuevas e importantes fuentes de inversión, promoción y movilización de recursos para numerosos países en desarrollo pero que deberían contribuir a un enfoque más integral e integrado del desarrollo de los sistemas de salud que a la vez asegure sus metas”.

## PAUTAS PARA LA FINANCIACIÓN DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INCLUYENTE

Tomando en cuenta las directrices de la APS y de la Comisión de Determinantes Sociales, será clave para la transformación de los sistemas de salud el desarrollo de políticas en favor de un financiamiento público sostenible que apunte al logro de una cobertura universal con equidad, poniendo el foco en el primer nivel de atención.

Los argumentos a favor de la inversión financiera requerida para un primer nivel de atención incluyente como el descrito en este documento serían:

- Se trata de una inversión de calidad y eficiente porque no sólo reduce el gasto de bolsillo de las familias sino que también contribuye a la mejora de su salud mediante los servicios de promoción y prevención. Además garantiza de forma eficaz la provisión de una cobertura universal para la atención curativa sin barreras económicas, culturales o geográficas.
- La inversión del primer nivel se distribuye principalmente en los servicios finales (en los niveles individual, familiar y comunitario y de los ECOS), y sólo una parte en servicios intermedios como capacitación, supervisión, logística, mantenimiento y vigilancia en salud (especialmente a cargo de los niveles municipales o distritales).

- Mayor cobertura y acceso efectivo y equitativo a una atención integral en el primer nivel redonda en una menor y mejor demanda de servicios al segundo y tercer nivel, permitiendo racionalizar y hacer eficientes los recursos en esos niveles para las atenciones de los problemas de salud a los cuales están destinados.
- Los primeros resultados de las experiencias piloto en materia de integralidad e inclusión desde el primer nivel de salud muestran una tendencia favorable a superar los indicadores de salud nacionales, así como a ampliar los beneficios en salud especialmente para la población rural con dificultades de acceso<sup>14</sup>.

## EL COSTE DE LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El costo de la transformación del sistema de salud en base a las claves presentadas en este documento será variable, principalmente de acuerdo al análisis inicial de brecha a partir del cual se determina la diferencia entre los recursos existentes y los requeridos (sobre todo en materia de infraestructura, equipamiento, personal e insumos).

También dependerá de las características del contexto local en cuanto a climatología, cantidad de población, dispersión de las familias, acceso y vías de comunicación... Es decir, el coste de la presente propuesta tiene mucho que ver con la clave octava de reordenamiento del primer nivel de atención.

Según lo anterior, exponemos los elementos básicos a considerar en la financiación del primer nivel de atención:

- 1. Análisis de brecha con base en el ejercicio de reordenamiento territorial.** Lo cual permitirá identificar la diferencia entre capacidad instalada (incluida la infraestructura, equipamiento, personal, capacitación, medicamentos e insumos) y la requerida para la puesta en práctica de las claves de transformación. Este primer ejercicio permitirá identificar costes de inversión e implementación iniciales.
- 2. Elaboración de presupuestos por resultados que progresivamente vayan incluyendo las metas de la estrategia de horizontalización programática.** Ello implicará contar con asignaciones presupuestarias para rubros relacionados con las tácticas operativas aplicadas en la atención individual, familiar y comunitaria. Sólo así existirán recursos suficientes para poder desarrollar los servicios relacionados con las actividades pertinentes para los tres niveles de análisis-acción y las herramientas subyacentes (vigilancia, sistema de información...). Este segundo ejercicio recoge costes de funcionamiento que perduran durante toda la vida del proceso.
- 3. Para lograr una cobertura universal en salud, se debe cambiar el paradigma existente para la asignación de los recursos.** Ya no son suficientes costes per capita, pues en el primer nivel del ámbito rural se deben contemplar criterios tales como pobreza, dispersión, climatología, orografía... y así lograr que el financiamiento del primer nivel sea equitativo y no equivalente, por lo que se deberá fomentar las acciones afirmativas para cubrir las brechas existentes que en algunas zonas ha habido durante décadas.

A pesar de lo que pueda parecer, la propuesta recogida en este documento en base a su ex-

Mayor cobertura y acceso en el primer nivel de salud redonda en una menor y mejor demanda de servicios en los niveles superiores, permitiendo racionalizar y hacer eficientes los recursos en esos niveles para las atenciones de los problemas de salud a los cuales están destinados.

<sup>14</sup> Estos datos se refieren de momento únicamente a las primeras experiencias piloto de Guatemala, donde llevan diez años de trabajo. Para el resto, que no han superado los cinco, no podemos sacar evidencia científica

perencia en terreno, demuestra que el coste equivalente de este sistema de salud es inferior al coste per capita de extender todos los programas verticales al conjunto de la población. Es decir, garantizar la cobertura universal de forma eficaz y eficiente es más barata con este sistema propuesto que con el desarrollo de los programas nacionales de los diferentes países en los que se ha llevado a cabo la experiencia.



## DUODÉCIMA CLAVE: LA GESTIÓN EFECTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En el marco de la APS renovada, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño son algunos de los elementos considerados dentro de las buenas prácticas de organización y gestión.

En concordancia con ello, y como adenda final de este documento, en este apartado se proponen procesos e instrumentos necesarios para la gestión eficaz y eficiente del primer nivel de atención puestas en práctica en las experiencias piloto mencionadas y que son el soporte práctico de estas claves.

### EL PROBLEMA DE LA GESTIÓN EN EL PRIMER NIVEL

Los problemas básicos de gestión que enfrentan usualmente los sistemas de salud pueden ser descritos según los procesos del ciclo administrativo (dirección, planificación y control). En lo que concierne al *proceso de dirección* la capacidad de los entes rectores suele ser débil, con un predominio de decisiones centralizadas, escasa participación de los equipos de salud y dificultades para establecer diálogos con diversos actores sociales. En materia de *planificación* suele prevalecer la de carácter normativo que no se adecúa a necesidades locales, además la organización suele ser fragmentada, primando la lógica de lo vertical y cierta homogeneidad que dificulta la aplicación de criterios de equidad. En cuanto a los *procesos de control* ha prevalecido una escasa cultura de monitoreo y evaluación que se traduce en la falta de seguimiento al desempeño del personal lo que, aunado a una formación limitada, obstaculiza la mejora continua del sistema.

Según la propia OMS/OPS las principales barreras identificadas en materia de liderazgo y gestión para la implementación de la APS están en:

- la ausencia de compromiso político.
- la centralización excesiva de la planificación y la gestión.
- el liderazgo débil y la falta de credibilidad ante la ciudadanía.
- la movilización de intereses y estrategias opuestos a la APS.
- la participación comunitaria restringida y la exclusión de otras partes interesadas.

En respuesta a ello la OPS propone la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud, ya mencionadas en el presente documento y que se definen como *“la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de*

*promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida". La propuesta de RISS incluye catorce atributos que constituyen un aporte significativo para la conformación progresiva de redes de servicios.*

Pero el concepto de redes implica no solamente a los actores institucionales sino también a todos los actores sociales y políticos involucrados, y por tanto a las múltiples relaciones que se dan entre estos y que, a veces, se traducen en diversos caminos frente a una misma problemática de salud. Es por ello que los equipos de salud deben estar preparados para una gestión institucional en relación permanente con actores e intereses diversos.

Esta última clave se dirige a hacer una primera contribución a los procesos e instrumentos básicos para el fortalecimiento de la gestión institucional, y para que, a partir de ésta, los equipos de trabajo puedan transitar progresivamente a procesos más amplios para la gestión en el marco de redes complejas de atención.

Los equipos de salud deben estar preparados para una gestión institucional en relación permanente con actores sociales y políticos con intereses diversos.

## ASPECTOS CLAVES DEL CICLO ADMINISTRATIVO PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DEL PRIMER NIVEL

### PLANIFICACIÓN:

La planificación es un componente que posibilita la identificación y priorización de los problemas que un determinado grupo enfrenta, la definición de los objetivos y resultados, así como los abordajes y acciones que se deben llevar a cabo tomando en cuenta las condiciones externas e internas, los recursos, personal y tareas necesarias.

Desde nuestra propuesta caben dos tipos de planificación en las que participan de forma diferenciada los equipos de trabajo enumerados en la clave novena:

- 1. Planificación Anual:** se ocupa de la disposición, organización e incorporación de actividades y recursos del primer nivel de atención y se concreta en la estrategia de horizontalización programática. Esta planificación debe basarse en el análisis de situación de salud anual.
- 2. Planificación Mensual:** donde se fijan objetivos para la puesta en marcha de la estrategia programática. Se trata de las decisiones de corto plazo relativas al desarrollo de actividades, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos. Este proceso se traduce en los planes operativos mensuales y decisiones semanales de los equipos de trabajo.

Un aspecto importante de la planificación mensual es que se realice con base a metas relacionadas con la estrategia programática. En la práctica esta planificación se ha demostrado como sumamente útil en términos de medición de logros mensuales, generando la motivación de los equipos de salud al poder medir sus avances en cuanto al trabajo realizado.

### CONDUCCIÓN:

El proceso de conducción se refiere a la forma en que se dirige y orienta la planificación, organización y control de las acciones, así como los niveles de decisión en el primer nivel de atención.

La conducción debe estar basada en el trabajo de equipo, el compromiso y la resolución conjunta de problemas, partiendo de la asignación de responsabilidades específicas entre los integrantes del mismo.

Las decisiones tomadas para la conducción del primer nivel de atención deben basarse en el análisis del desempeño de los equipos operativos de salud y los avances de la planificación técnica anual. Los procesos de retroalimentación por parte de los equipos locales permiten identificar vacíos en el nivel operativo y fortalecer la aplicación del diseño programático, las tácticas operativas y las normas de atención.

### PROCESOS DE CONTROL:

Son básicos para una mayor eficiencia y una mejora continua del establecimiento de procesos de control dirigidos tanto al personal (en nuestro caso ECOS y EAPAS) como a los recursos materiales. Los primeros evalúan el desempeño del personal dentro de la estrategia programática y los segundos garantizan el abastecimiento de medicamentos y otros insumos.

Dentro del proceso de control de los primeros (recursos humanos) establecemos una propuesta de dos tipos diferentes de evaluación: por desempeño y por nivel organizativo.

#### 1. Evaluación del desempeño por nivel de análisis-acción

Para el desarrollo de los procesos de control en el cumplimiento de las normas técnicas el mecanismo establecido es la evaluación del desempeño individual de cada integrante de los ECOS en cada uno de los tres niveles (individual, familiar y comunitario). Esta evaluación, de carácter periódico, debe estar a cargo de un integrante del Equipo de Apoyo del EAPAS responsable del programa o nivel de intervención respectivo. En los tres programas se hará una supervisión en base a unas guías de monitoreo de competencias. El resultado de las evaluaciones del desempeño debe convertirse posteriormente en un insumo que facilite la identificación de las competencias que necesitan ser reforzadas en cada integrante, generando un plan de asistencia técnica al mismo (formación en servicio).

Además, al menos una vez al año, deberían realizarse talleres de evaluación interprogramática en los cuales se hace la evaluación anual del desempeño y otros aspectos tales como las tácticas operativas, metas, funciones del EAPAS... Complementariamente se desarrollará un seguimiento mensual y una evaluación anual de los indicadores.

Son básicos para una mayor eficiencia y una mejora continua el establecimiento de procesos de control dirigidos tanto al personal como a la gestión de los recursos materiales.

#### 2. Proceso de control por nivel de organización

Los EAPAS deben monitorear los procesos que garantizan la gestión adecuada de los establecimientos a su cargo, aspectos como funcionamiento, disponibilidad de inmunobiológicos, instrumentos de registro, normas y guías de atención, manejo de archivos, stock de medicamentos e insumos, adecuación según normas de género y pertinencia intercultural, organización y limpieza, programación mensual...

Además los EAPAS deben evaluar el desempeño de los integrantes del ECOS y supervisar el cumplimiento de las normas técnicas de los tres programas conforme se describió en el punto anterior. Esta información se debe consolidar y analizar anualmente en los talleres de evaluación interprogramática.

Pero además el EAPAS debe depender técnica y administrativamente, incluyendo su supervisión, del nivel municipal o regional. Para ello dicho nivel debe planificar y ejecutar reuniones de análisis de información, visitas de supervisión y acompañamiento para el cumplimiento de las normas y programas.

A modo de resumen, en la siguiente tabla se sintetizan y ejemplifican los procesos básicos, actividades y objetivos propuestos para la gestión efectiva del primer nivel de atención incluyente:

**TABLA 9: PROCESOS, ACTIVIDADES Y OBJETIVOS PARA LA GESTIÓN EFECTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

PROCESO/ACTIVIDAD	OBJETIVO
<p><b>PLANIFICACIÓN:</b></p> <p>Elaboración y seguimiento de una Planificación Técnica Operativa Anual</p> <p>Cronograma mensual de actividades.</p> <p>Elaboración de memorándum de prioridades del mes</p>	<p>Que los equipos operativos del primer nivel cuenten con un instrumento que describa las actividades a desarrollar durante el año, con base en una planificación estratégica.</p> <p>Establecer claramente las actividades por día y semana, que los integrantes de los equipos deberán desarrollar a lo largo del mes.</p> <p>Definir e informar las actividades prioritarias a desarrollar en el mes siguiente, previo a elaborar cronogramas y garantizar su inclusión y su cumplimiento.</p>
<p>Ejercicio de programación mensual con base a seguimiento de indicadores.</p>	<p>Generar la competencia de análisis gerencial de la programación y el compromiso de los equipos para el cumplimiento de metas establecidas.</p>
<p><b>MONITOREO Y EVALUACIÓN:</b></p> <p>Elaboración de Informe mensual de Director/a municipal o regional de salud</p> <p>Elaboración de informe mensual de actividades de integrantes del EAPAS.</p> <p>Reunión de Consejo de Coordinación</p> <p>Reunión/taller de evaluación de estrategia programática anual.</p> <p>Reunión de vigilancia semanal</p> <p>Elaboración de memorias de toda reunión.</p> <p>Taller de Análisis de Situación de Salud</p>	<p>Que los /as directores/as regionales y municipales de salud informen de las actividades realizadas y del grado de avance en el cumplimiento de metas con base a la planificación durante un período de un mes, a la autoridad superior inmediata</p> <p>Que los equipos de apoyo para la Atención en Salud informen a la Dirección Municipal o regional de salud las actividades realizadas y el grado de avance en el cumplimiento de metas con base a la planificación.</p> <p>Analizar la situación epidemiológica, dar seguimiento a indicadores y evaluar alcance de metas por sector y territorio.</p> <p>Tratar aspectos administrativos.</p> <p>Evaluar el desempeño de los (las) integrantes de los equipos y de cada estrategia programática.</p> <p>Analizar la información semanal según normas nacionales. Analizar los casos especiales identificados en la semana, enfermedades tradicionales, casos psicosociales y muertes detectadas.</p> <p>Definir y dejar constancia de aquellos acuerdos y compromisos a los que se deberá llegar en cada reunión para su respectivo cumplimiento y seguimiento.</p> <p>Identificación y priorización de problemas en la población.</p> <p>Definir prioridades y tácticas operativas específicas para plasmar en la Planificación Técnica Operativa local Operativa local del siguiente año.</p>



## REFERENCIAS

- Almeida, F. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de de-construcción de la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ase, I. & Burijovich, J. (2009). *La estrategia de la atención primaria de la salud, ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Salud Colectiva 5(1), 27-47.
- Baeta Neves, M. F., Itsuko, S., Gejo, A. & Icart, M. T. (2009). *La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español*. Atención Primaria 41(7), 402-404.
- Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Santiago: Cuatro Vientos Editorial.
- Buse, K. & Harmer, A. (2007). Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potencial. SocSci Med 64(2), 259-71.
- Capra, F. (2000). *La trama de la vida* (3ª edición). Barcelona: Eneagrama.
- Carazo Salas, J. (s/f). *La medicina alternativa en Costa Rica, un capítulo que apenas se inicia*. En Escuela de Salud Pública de la UCR (ed.), *La salud pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas*.
- Chamorro, A & Tocornal, C. (2005). *Prácticas de salud en las comunidades del salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea*. Estudios Ataqueños (30), 117 – 134.
- De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2009). *El proceso salud-enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja*.
- Echeverri, O. (s/f). *Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad*.
- Estrada, Gustavo; Chávez, Enrique. (2012). *Propuesta de Curso Complejidad y Salud*. Guatemala.
- Fort, M., et al. (2011). *Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization*. Revista Panamericana de Salud Pública 30(3), 217-224.
- Fort, M., et al. (2012). *Evaluation of a demonstration primary health care project in rural Guatemala: the influence of predisposing, enabling and need factors on immunization coverage, equitable use of health care services and application of treatment guidelines*. International Health 4.
- Giovanella, L., Escorel, S., Vasconcelos, L., Carvalho, J. & Ivo, A. (2008). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. (Traducción al español del capítulo 16).
- Giraldo, A.F. (2011). *Atención Primaria en Salud: ¿de regreso al pasado?* Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 30(1), 83-94.
- Gómez, Mauricio (1998). *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud*. Canadá: USI/CIES. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.
- Hopenhayn, M. (2000). *Transculturalidad y diferencia*. Cinta de Moebio (7). Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/07/hopenhayn.htm>
- ISIS (2009a). *El derecho a la salud en el Modelo Incluyente de Salud*.
- ISIS (2010). *La vigilancia en salud y el sistema de información del Modelo Incluyente en Salud*. MIS. Documento Técnico Guatemala.
- ISIS (2010a). *La perspectiva de medio ambiente en el Modelo incluyente en Salud*. MIS. Documento Técnico Guatemala.
- ISIS (2012a). *La pertinencia intercultural en el Modelo incluyente en salud*. Documento Técnico no. 4- Guatemala.
- ISIS (2012b). *Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atención*.
- ISIS. (2009b). *Marco conceptual y normativa institucional sobre la perspectiva de medio ambiente del MIS/ISIS*.
- ISIS. (2,009). *El derecho a la Salud en el Modelo Incluyente de Salud*. MIS. Documento Técnico Guatemala.
- ISIS. (2,012). *La pertinencia intercultural en el Modelo Incluyente en Salud*. Documento Técnico no. 4- Guatemala.
- ISIS. (2,012). *Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención*. Guatemala.

- Kleinman, A. (1978). *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Social Science and Medicine (12), 85–93.
- Liberos, L. (2002). *El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad*. Revista Cubana de Salud Pública 38(4), 622-628.
- Machteld, J., et al. (2011). *How should we define health?* BMJ 343, 1-3.
- MedicusMundi Navarra. (2011). *Protocolo de Sistematización de Experiencias para la formulación del Modelos Integrales e Incluyentes de Atención en Salud*.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades, 7(4), 71-83.
- MINSA (2005). *Derechos humanos y derechos a la salud. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos*. Cuaderno de promoción de la salud 2016. Lima.
- MINSA (2010). *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Dirección General de Epidemiología.
- MMN (2002). *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos*. Guatemala.
- MMN (2011a). *Aportes a la operativización del Modelo de Atención Integral en Salud MAIS BFC*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
- MMN (2011c). *Operativización del modelo de atención y gestión de la SAFCI*. Documento técnico nacional de Bolivia. Recuperado de
- MMN (2011d). *Protocolo de sistematización de experiencias para la formulación del Modelos Integrales e Incluyentes de Atención en Salud*.
- More Palacios, R. (2009). *Economía política de los determinantes sociales de la salud*.
- Nebot, C., Rosales Echevarría, C. & Borrel Bentz, R. (2009). *Desarrollo de competencias en atención primaria en salud*. Rev. Panam. Salud Publica 26(2), 176-183.
- O'Connor, B. B. (1995). *Healing traditions: Alternative medicine and the health professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- OIT (1989). *Convenio 169, Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*.
- Oliveira-Cruz, V., Kurowski, C. & Mills, A. (2003). *Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate*. Journal of Internal Development 15, 67-86.
- OMS (1946). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma Ata (URSS)*. Ginebra. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9243541285.pdf>
- OMS (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*. Ginebra. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)
- OMS (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- OMS (2006). *Documentos Básicos, suplemento a la 45ª ed. de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- OMS (2008a). *Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. Informe de Secretaría*. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_8-sp.pdf)
- OMS (2008b). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- OMS (2008c). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf)
- OMS/OPS (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington DC. Recuperado de [http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud\\_pueblos\\_indigenas/6.pdf](http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud_pueblos_indigenas/6.pdf)
- OMS/OPS (2000). *La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible*. Washington. Recuperado de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/9275315728.pdf>
- OMS/OPS (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria en Salud. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC. Recuperado de [http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/renovacion\\_aps\\_americas.pdf](http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/renovacion_aps_americas.pdf)

- OMS/OPS (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado de [http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo\\_1/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_1/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf)
- OMS/OPS (2008). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC. Recuperado de [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_integradas\\_servicios\\_salud.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf)
- OMS/OPS (2008a). *La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud*. Washington DC. Recuperado de [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion\\_Medicina\\_Orientada\\_APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf)
- OPS (1994) *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Taller subregional para Mesoamérica pueblos indígenas y Salud*. Quetzaltenango. Recuperado de [http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/l\\_tiemp/7\\_n\\_Taller%20piloto%20andino.pdf](http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/l_tiemp/7_n_Taller%20piloto%20andino.pdf)
- OPS (2009). *La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS*. Lima. Recuperado de <http://www.observarh.org/andino/eventos/acreditacion/programa.pdf>
- Papart, J. (1994). *¿Quién es el otro?: Una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica de mujer y desarrollo*. Propuestas No. 2 Documentos para el debate. Red entre mujeres.
- Pérez Jiménez, D., Diago Garrido, Y., Corona Miranda, B., Espinosa Día, R. & González Pérez, J.E. (2011). *Enfoque actual de la salud ambiental*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 49(1), 84-092. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol49\\_1\\_11/hie10111.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol49_1_11/hie10111.htm)
- Quevedo, R. (s/f). *La medicina tradicional en el sistema de salud en el Perú*.
- Tejada, D.(2013) *Lo que es la atención primaria en salud. Algunas consideraciones a casi 35 años de Alma Ata*. Revista del Instituto Nacional de Salud. MINSA. Perú.
- The Lancet. (2009). *What is health? The ability to adapt*. Lancet 373, 781.
- Tubino, F. (2002). *Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva*. En N. Füller (ed.), *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades*. Lima: Red para el desarrollo de las ciencias sociales en Perú.
- UN (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 2200A (XXI).
- UN (2007). *Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Ratificado por Guatemala.
- UN (2010). *Estado de las poblaciones indígenas del mundo*. Recuperado de [http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/SOWIP\\_fact\\_sheets\\_ES.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/SOWIP_fact_sheets_ES.pdf)
- UNFPA (2012). *Atención en salud con pertinencia cultural*. Dirigido a personal facilitador de salud. Lima.
- Valladares, R. (2008). *Estudio de costos del Modelo Incluyente de Salud*. Informe final de consultoría.
- Vázquez, L.E. & Chávez, L. (2008). *Integración de los enfoques horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud*. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.
- Verdugo, J.C. (2005). *La Política y reforma del sector salud en Guatemala, 1986-2000 –del estado desperfecto al mercado imperfecto–*. En J.C. Verdugo (comp.), *Análisis de la reforma del sector salud en Guatemala*.

## LISTADO DE SIGLAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación en Salud
EAPAS	Equipo de Apoyo para el Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
GAVI	Alianza Global para Vacunas o Inmunización
GED	Género y Desarrollo
GFATM	Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
MAIS BFC	Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad
MC/A	Medicina Complementaria y Alternativa
MED	Mujer en el Desarrollo
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MIS	Modelo Incluyente de Salud
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MMN	Medicus Mundi Navarra
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
MT	Medicina Tradicional
MTCH	Medicina Tradicional China
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEF	Planes de Emergencia Familiar
PFAS	Programa Familiar de Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PIB	Producto Bruto Interno
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAPIA	Salud de los Pueblos Indígenas de América
UN	Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de la Naciones Unidas
VBG	Violencia Basada en Género
VFI	Visita Familiar Integral
VSCS	Vigilancia Sociocultural de Salud





### **MEDICUS MUNDI NAVARRA**

Calle Ronda de las Ventas, 4 · 31600 BURLADA  
TELF. (00 34) 948 13 15 10 | navarra@medicmundi.es



### **GUATEMALA**

Instituto de Salud Incluyente (ISIS)  
TELF. (502) 78304655 / 78308557 | secretaria@isis.org.gt



### **BOLIVIA**

Medicus Mundi Bolivia  
TELF. (591) 2314588 | delegacionbolivia@medicmundi.info  
Acción de Salud Integral (ASI)  
TELF. (591) 44022201 | asi\_bolivia@yahoo.es  
Centro de Defensa de la Cultura (CEDEC)  
TELF. (591) 22372720 | adiva\_germi@yahoo.es



### **PERÚ**

Medicus Mundi Perú  
TELF. (51) 4761842 | delegacion@medicmundi.pe  
SSL (Salud Sin Límites Perú)  
TELF. (511) 7158939 | informes@saludsinlimitesperu.org.pe

[www.saludintegralincluyente.com](http://www.saludintegralincluyente.com)

UN PROYECTO DE:



FINANCIADO POR

