
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD:
ANÁLISIS Y PROPUESTA**

Tesis

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
De la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por

LUCRECIA MARÍA HERNÁNDEZ MACK

En el acto de investidura de:

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 2003

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido posible gracias a José Miranda y José García Noval, por su apoyo en la asesoría y revisión de la investigación. Asimismo, mi gratitud profunda a los integrantes del Equipo Técnico-Operativo de la Instancia Nacional de Salud (INS) y de los equipos de implementación de la propuesta ***Hacia un primer nivel de atención en salud***, de la Clínica Maxeña y la Asociación PIES de Occidente. Debo reconocer a José Luis Albizu, Alejandro Cerón, Lidia Morales y Luis Prieto, cuyos aportes y discusiones son la esencia de este documento. Un agradecimiento especial a Juan Carlos Verdugo, maestro y amigo, que me ha compartido sus valiosas ideas y reflexiones; su orientación fue trascendental en la elaboración de este documento.

Debo agradecer en este espacio, el respaldo recibido durante mi vida y formación, de mi padre, mi tía Helen, mi abuela Zoila Esperanza, mi compañero Manolo, y mis hijos Rafael y Joaquín. Toda mi familia ha sido fuente imprescindible de ánimo y fortaleza.

No me es posible nombrar a cada una de las personas amigas, que me han brindado su sostén y solidaridad. Estoy segura, sin embargo, que se reconocerán en estas líneas, como compañeros/as de ideas y aspiraciones. Gracias a todos/as ustedes.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. OBJETIVOS.....	9
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	11
A. LOS PROGRAMAS DE SALUD	11
B. GÉNERO Y SALUD	25
C. INTERCULTURALIDAD Y SALUD.....	27
D. CONCEPCIONES DE SALUD-ENFERMEDAD	29
E. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD Y ENFOQUES EPIDEMIOLÓGICOS.....	32
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	37
VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
A. ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS	44
B. PERSPECTIVAS DE LOS PROGRAMAS.....	52
C. EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS	56
VIII. PROPUESTA PROGRAMÁTICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD.....	63
A. INTRODUCCIÓN	63
B. PROGRAMA INDIVIDUAL	66
C. PROGRAMA FAMILIAR	70
D. PROGRAMA COMUNITARIO	75
E. PRIORIDADES DEL DISEÑO PROGRAMATICO.....	81
F. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS	85
G. CONTROL PROGRAMÁTICO.....	94
IX. CONCLUSIONES.....	97
X. RECOMENDACIONES.....	99
XI. RESUMEN.....	101
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
XIII. ANEXOS	107

I. INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención es crucial para mejorar la salud de la población. Sin embargo, ante la situación de salud apremiante del país, los servicios públicos en este nivel han tenido serias limitaciones y deficiencias para responder de manera efectiva. Las razones para la baja capacidad de resolución no son sólo operativas, sino también existen problemas en la concepción y construcción de los servicios.

En febrero del año 2002, la Instancia Nacional de Salud (INS) presentó su propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*, que establece bases y lineamientos para una mejor prestación de servicios en este nivel, orientada por la perspectiva de género, interculturalidad y la noción de la salud como derecho social. Actualmente se ha iniciado la implementación de dos proyectos piloto basados en esta propuesta, y el presente trabajo de tesis tiene como propósito fundamental aportar a este proceso de ejecución, al diseñar el Programa Individual, el Programa Familiar y el Programa Comunitario, delineados en esta nueva propuesta.

Para la elaboración de los programas, ha sido necesario profundizar los conocimientos sobre la temática de programas, las perspectivas mencionadas, así como un análisis de los 18 programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), establecidos en el Plan Nacional de Salud 2000-2004. Parte de la información analizada se ha obtenido de documentos de los Programas Técnico-Normativos del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas, charlas y entrevistas con funcionarios del MSPAS. Además, se han revisado informes y documentos realizados por los equipos encargados de ejecutar los proyectos pilotos de la INS, y se ha participado en reuniones y talleres de trabajo.

La revisión de los programas públicos de salud, ha permitido conocer las prioridades en la atención, así como los elementos que favorecen y obstaculizan el desarrollo de los servicios. El MSPAS enfrenta serios problemas para la ejecución de los programas, originados de un proceso administrativo poco coordinado, escasez de recursos, servicios excluyentes y poco integrales, pues para el trabajo no consideran las determinantes sociales de la salud y se enfatizan las acciones curativas. Por su parte, los documentos y espacios de trabajo de los equipos de la INS, han aportado elementos valiosos para los programas que se presentan en este

documento, estableciendo los elementos prioritarios y enfoques que deben regir los servicios del primer nivel de atención en salud.

Se espera que este estudio cualitativo-operativo promueva el análisis y la discusión sobre los programas y servicios de salud de Guatemala. En la medida que esta propuesta programática se aplique, será posible identificar los aspectos críticos que favorecen o limitan el trabajo sanitario. Las experiencias en la práctica, en conjunto con reflexiones teóricas y conceptuales, son lecciones que pueden contribuir a la construcción de un mejor sistema de salud para Guatemala.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La Constitución Política de Guatemala afirma que el goce de la salud es un derecho del ser humano, sin discriminación alguna¹. De esta manera, el Estado se asume como el responsable de velar por la salud de todos los habitantes, a través de sus instituciones, con acciones de coordinación, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. El Código de Salud señala al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como la institución estatal responsable de desarrollar las acciones de salud a nivel nacional, ejerciendo su rectoría sobre el sector salud².

El Código de Salud establece también que el Nivel Central del MSPAS tiene la responsabilidad de la *Formulación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de los servicios de salud*. Por su lado, el Nivel Ejecutor *será responsable de la prestación de servicios de salud, sobre la base de niveles de atención (...)*³. En el Plan Nacional de Salud 2000-2004, el MSPAS propone las políticas, líneas de acción y 18 programas para sustentar las políticas y enfrentar los problemas prioritarios de salud⁴:

1. Nacional de inmunizaciones
2. Atención a niños, niñas y adolescentes
3. Adulto mayor y personas con discapacidad
4. Infecciones respiratorias agudas
5. Enfermedades transmitidas por agua y alimentos
6. Enfermedades transmitidas por vectores
7. Rabia y otras zoonosis
8. Tuberculosis
9. Infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA
10. Salud mental, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y violencia intrafamiliar
11. Seguridad alimentaria y nutricional
12. Enfermedad bucodental
13. Enfermedades crónicas y degenerativas

¹ Artículos 93 y 94 de la Constitución Política de la República de Guatemala. Guatemala, mayo de 1985 (Reformada por la Consulta Popular Acuerdo legislativo 18-93).

² Artículo 4 del Código de Salud, Decreto 90-97. Guatemala, noviembre de 1997 (Reformado por Decreto del Organismo Legislativo 50-2000)

³ Artículo 19, Ibid.

⁴ Plan Nacional de Salud 2000-2004. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Noviembre 2001.

-
14. Salud laboral
 15. Población migrante
 16. Medicina transfusional y bancos de sangre
 17. Medicina popular tradicional
 18. Salud reproductiva

Aún con esta gran cantidad de programas formulados, el MSPAS no ha respondido de manera efectiva a los problemas básicos de salud de la población; en gran medida por la carencia de integralidad en la atención, enfoques biomédicos limitados y, una escasa participación ciudadana en el desarrollo de los servicios, entre otros. El listado de programas evidencia heterogeneidad de intervenciones, mientras algunos programas se diseñan para el trabajo con poblaciones o sectores, otros desarrollan temáticas, abordan enfermedades y/o medios de transmisión; de esta cuenta, parece ser compleja la coordinación y complementariedad entre programas.

En febrero del año 2002 la Instancia Nacional de Salud⁵ (INS) presentó su investigación-propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos-* (en adelante *la Propuesta*), como alternativa al modelo dominante de atención en el primer nivel. La INS plantea la necesidad de realizar un salto cualitativo en la prestación de los servicios, a partir de una concepción incluyente de la salud, e involucrando 3 perspectivas fundamentales: la salud como derecho ciudadano, la pertinencia intercultural y la perspectiva de género. Además, establece que el proceso salud-enfermedad ha sido abordado a partir de un enfoque biologista, estático, individual y ahistórico, y en oposición a esto se da la necesidad de comprender la salud como multidimensional, dinámica, colectiva e histórica-social.

Considerando el contexto socioeconómico y sociocultural del país, la Propuesta de la INS plantea programas de trabajo en 3 niveles de análisis-acción que son el nivel comunitario, nivel familiar y nivel individual. Con un programa para cada nivel, pero entendiendo la relación compleja entre los diferentes niveles, se intenta integrar el enfoque epidemiológico y el enfoque poblacional, y se definen acciones para la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

⁵ La Instancia Nacional de Salud está integrada por organizaciones no gubernamentales, iglesias, trabajadores de salud, organizaciones sociales y grupos comunitarios con enfoque de servicio y no lucrativos, que surge de la necesidad de enriquecer, modificar y adecuar la política y reforma del sector salud. (Concepción organizativa y de reglamento interno de la INS, documento mimeografiado).

En la actualidad la INS ha dado los primeros pasos para la implementación de su Propuesta, al ejecutar dos proyectos piloto para trabajar con comunidades que actualmente no cuentan con servicios públicos de salud. Las áreas de trabajo se encuentran en los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá del departamento de Sololá, así como el municipio de San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango. Este trabajo se está llevando conjuntamente entre el Equipo de Coordinación de Implementación de la INS y dos organizaciones miembro: la Clínica Maxeña de la Diócesis de Suchitepéquez-Retalhuleu, y la Asociación PIES de Occidente. En ambas instituciones se han conformado los Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS). Los proyectos piloto tienen como propósito pasar de la teoría a la práctica las bases y lineamientos establecidos, esperando que las experiencias enriquezcan la propuesta, y apostando a que en un futuro los servicios públicos de salud puedan trabajar en base a la misma.

Con la implementación de la Propuesta en marcha, es necesaria la construcción de los programas que definan las acciones a ejecutar, por parte de los servicios de salud. En el diseño de estos programas se han de tomar en cuenta: lineamientos básicos establecidos por el MSPAS para el primer nivel de atención, necesidades planteadas por las comunidades con las que se trabaja en los proyectos pilotos, y las consideraciones y perspectivas de la Propuesta.

III. JUSTIFICACIÓN

Considerado por el Sistema de Naciones Unidas como el tercer país más inequitativo del mundo, Guatemala se caracteriza por su precariedad y exclusión. Para el año 2000, se calculó que el 56.2% de la población se encuentra en una situación de pobreza general (ingresos menores de 60 USD mensuales, por persona), mientras la pobreza extrema se encuentra en el 15.7% de los habitantes (ingresos menores de 30 USD mensuales, por persona); la exclusión se acentúa todavía más en los grupos indígenas y en las mujeres (35). Las condiciones económicas de precariedad en el país van acompañadas de otras formas de exclusión, la inequidad se percibe en los aspectos estructurales, así como limitación en la participación ciudadana, acceso a educación y salud, entre otros.

En el caso de salud, para el año 2000 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social solamente cubría el 26% de la población total; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social lograba atender únicamente el 16%. De esta manera, el resto de la sociedad guatemalteca dejaba de ser cubierta por servicios públicos de salud, debiendo acudir a servicios privados (lucrativos y no lucrativos) y/o a servicios de salud comunitarios (13). Un estudio del Banco Mundial, con datos de 1995, señala que los indicadores de salud más alarmantes, como mortalidad infantil, bajo peso en niños menores de 5 años, prevalencia de diarrea y de infecciones respiratorias agudas, se encontraron en los 2 quintiles más pobres del país. Contradictoriamente, fueron estos quintiles los que menos acceso a asistencia médica tuvieron (38).

Los servicios de salud no satisfacen la demanda en cantidad o calidad, y no se adaptan a las características culturales, sociales y económicas de la población. Los problemas no se resuelven incluso con el impulso de la Extensión de Cobertura en el primer nivel, del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) por varias debilidades (conceptuales y operativas) como: atención centrada en enfermedades con énfasis en lo curativo, un paquete básico de servicios, un listado limitado de medicamentos, una base demasiado amplia de personal voluntario, carencia de integralidad y una pobre participación comunitaria.

El primer nivel de atención en salud es clave para la organización de los servicios de salud, por ser este el primer nivel de contacto entre los servicios institucionales, como también el espacio en donde se hace posible la articulación de los conocimientos-prácticas comunitarias con los elementos del sistema de salud (37). En la actualidad son escasas las investigaciones que tienen como objeto de estudio los programas del MSPAS en el primer nivel de atención en salud. Ello revela la

necesidad de conocer cómo se ejecutan dichos programas, tomando en cuenta los objetivos, enfoques y acciones de cada uno, así como el conjunto completo de los mismos.

La Instancia Nacional de Salud presenta serias reflexiones sobre cómo se ha concebido la salud y la forma en que se ha construido el sistema respectivo y su reforma, y es a partir de ésta que elabora su propuesta para el primer nivel de atención. La presentación de propuestas alternativas para el sistema de salud en Guatemala tiene un gran valor, especialmente en un contexto de poca participación y debate sobre el tema. La implementación de nuevas bases y lineamientos para el primer nivel de atención en salud es una iniciativa que habilita la discusión y construcción de un sistema que provea servicios de salud integrales e incluyentes. Por esto mismo, la construcción de los programas aporta a dicha propuesta, en la medida en que tiene una aplicabilidad inmediata para la formación de nuevo personal de salud y la definición de acciones concretas de trabajo en salud.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Proponer un diseño de los programas de salud para la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–*, de la Instancia Nacional de Salud.

ESPECÍFICOS

- Analizar la estructura y ejecución, con enfoque holístico, de los programas que desarrolla el Ministerio de Salud y Asistencia Social en el primer nivel de atención en salud.
- Comparar los lineamientos programáticos de *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–* de la Instancia Nacional de Salud, con los programas del Ministerio de Salud y Asistencia Social.
- Diseñar los programas comunitario, familiar e individual, para su desarrollo en el primer nivel de atención en salud.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. LOS PROGRAMAS DE SALUD

Los programas de salud son la principal herramienta metodológica para mejorar el nivel de salud en la comunidad, de acuerdo al enfoque comunitario de la Atención Primaria (36).

Etimológicamente, programa significa “anunciar por escrito” (23). Los diccionarios coinciden en que un programa es un edicto o anuncio público, una declaración previa sobre lo que se piensa hacer en alguna materia, o que puede ser un proyecto ordenado de actividades (10, 11).

Si bien existen varias definiciones sobre qué es un programa de salud, todas tienen en común considerar que en esencia los programas son un conjunto de actividades encaminadas explícitamente al logro de unos objetivos (23). Por programa de salud se entiende: “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizadas simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida” (27). Un programa de salud toma como punto de partida el estado de salud de una población y como fin la consecución de un objetivo en salud, considerando además unos recursos dados (17).

En esencia, un programa establece una serie de actividades explícitamente encaminadas a alcanzar unos objetivos y el hecho de que todo ello se encuentre plasmado en un documento (24).

1. DIFERENCIAS ENTRE PROGRAMAS Y OTROS INSTRUMENTOS

Además de comprender lo que es un programa, es conveniente señalar las diferencias existentes respecto a otros instrumentos utilizados, como pueden ser un proyecto, una campaña y un protocolo (24).

La lógica de proyectos ha sido criticada, pues puede contrariar la planificación en sectores de salud y educación más orientada a programas, y que suele responsabilizar a los proyectos de interrupción, intermitencia o desorden (34). Un

proyecto suele ser un instrumento aplicado a propuestas muy concretas y que pueden apoyar el desarrollo de los programas. Los proyectos tienen una duración limitada en el tiempo; si bien los programas no están diseñados para un tiempo indefinido, sí se elaboran para tener una permanencia larga (24).

Los programas pueden compartir algunas características con las campañas, pero se diferencian en la medida que las campañas son acciones limitadas en el tiempo y ejecutadas en un contexto de excepcionalidad o emergencia. Los protocolos son instrumentos que pueden ser parte de un programa, o encontrarse de forma aislada; pareciera que los protocolos se refieren más a actividades más detalladas sobre la forma en que se prestarán la atención en salud, dentro de los servicios (24).

2. LOS PROGRAMAS DENTRO DE LA PLANIFICACIÓN DE SALUD

El trabajo de los programas de salud debe verse dentro del contexto de planificación. La declaración de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud en 1978, recomienda la aplicación de programas de salud como instrumentos para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población dentro de la Atención Primaria. Dichos programas deben ser coherentes con la planificación sanitaria de cada país (17).

En un sentido amplio, planificar significa “diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo”. La planificación constituye la guía para el cambio de un sistema social, es una forma de relacionar el presente, y tomar decisiones actuales en vistas a obtener resultados futuros deseados (1). Tomando en cuenta el enfrentamiento de intereses adversos, existentes dentro de una sociedad, planificar puede implicar de alguna forma “negociar el futuro” (20).

Para definir la planificación Mario Soler Torroja cita a Pineault y Daveluy y lo plantea como “un proceso de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, tomando en consideración el contexto de dificultades internas y externas conocidas actualmente o previsibles en el futuro” (36).

Citando a Knox, Gómez López y Aibar Remón, plantean que la planificación es “un proceso a partir del cual pueden escogerse entre medios alternativos para la obtención de los fines deseados” o bien “el proceso de determinar cómo alcanzar un objetivo cuando éste ha sido formulado” (15).

Por su parte, Knox indica que el punto focal de la planificación es el acto de escoger entre medios alternativos con vistas a los fines deseados, sin dejar de observar que la planificación social no es una suma de racionalidades individuales y que la formulación de metas y objetivos implica la conciliación de opiniones contrarias. Además, diferencia la *planificación de la salud* y la *planificación de la atención a la salud*. La planificación de la salud aborda y trabaja sobre las determinantes de la salud (que incluye el medio físico y social), los patrones de comportamiento individual y colectivo, y los servicios personales de la salud. La planificación de la atención en salud se dedica a los últimos, con un énfasis en el tipo, calidad y cantidad de las instalaciones, personal, tecnología, equipamiento y servicios que habrán de satisfacer las necesidades de poblaciones definidas, dentro de un contexto de recursos limitados y reconociendo la aceptabilidad (20).

De acuerdo a Pineault y Daveluy, la planificación puede definirse según el nivel de objetivos que se pretenden alcanzar. De este modo, pueden verse los siguientes niveles (ver Figura 1):

- **Primer nivel.** En este nivel se trata de adoptar una misión, es decir una dirección hacia la que hay que dirigirse, pero que no es realizable necesariamente. En la acción, este nivel de preocupación se traduce en una política que traza grandes orientaciones hacia dónde dirigirse. Se califica esta **planificación de normativa o de política** (*normative or policy planning*).
- **Segundo nivel.** Se representa un mayor grado de especificación de la misión. Las acciones se basan sobre lo que es posible, frente a lo que es ideal. En este nivel se deciden las prioridades de acción y las alternativas, y en donde se planifican las decisiones importantes que tendrán consecuencias a largo plazo. Se trata de la **planificación estratégica**.
- **Tercer nivel.** Concierno a los objetivos generales y específicos, y en donde las alternativas han sido ya decididas en relación a las estrategias a seguir. Ahora es en donde se estructuran y programan las actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados. Este proceso corresponde a la **planificación táctica o estructural**, que se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y los recursos. El producto de esta etapa es, evidentemente, el programa.

- **Cuarto nivel.** En este se fijan los objetivos operacionales sobre el plan concreto de la operatividad y la puesta en marcha del programa. Éste es el objeto de la **planificación operativa**, es decir, las decisiones a más corto plazo conciernen el desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de los recursos.

Figura 1
Formalización y objeto de la planificación según los diferentes niveles

Tipo de planificación	Objeto	Formalización (en la acción)
Normativa	Ideales	Política
Estratégica	Metas	Plan director
Táctica	Objetivos	Programa Proyecto
Operativa	Medios Recursos Organización	Operaciones

Fuente: Adaptado de Pineault y Daveluy (27)

Los programas son el resultado de un proceso en el que se ha realizado un análisis de los problemas y se han considerado las alternativas de intervención. La planificación de las intervenciones o programa es la planificación táctica, en la cuál se definen qué debe hacerse para alcanzar las diferentes metas propuestas. En el momento de construir los programas, también han debido de conocerse cuáles son los recursos existentes. Así, el programa que resulte deberá haber considerado tanto los problemas, como los recursos con los que se cuentan (27).

Otra propuesta de clasificación (con una lógica similar) para la planificación sanitaria es que pueden encontrarse tres grandes categorías interrelacionadas (ver Figura 2). Éstas serían:

- **Planificación de la política sanitaria.** Se establecen grandes metas u objetivos generales a largo y mediano plazo, relacionados con el cumplimiento de las *misiones* del sector sanitario. Estas metas pueden ser llamadas *imágenes horizonte*. La política sanitaria se elabora en el nivel más alto de la administración y es influenciada por la ideología de quienes

planifican, dando como resultado un *plan de orientación general*, posteriormente base para la planificación del programa sanitario global.

Las características deseables de una política de salud es que sea: a) *coherente* con la política general (social, económica, etcétera); b) *pertinente* a las necesidades de salud existentes; c) *factible* o realizable de acuerdo con los recursos existentes; d) *democrática y participativa*, tomando en cuenta a quienes han apoyado con su voto dicha política y el punto de vista de aquellos con quienes se desarrollarán los programas que deriven de ella; e) *racional*, en la medida que busque soluciones ideales u óptimas y que como mínimo aquellos que no se benefician tampoco se perjudiquen.

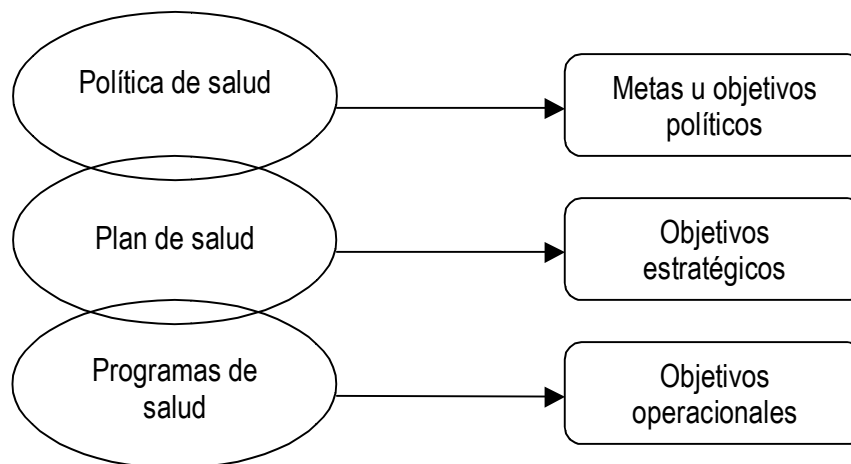
- **Planificación del programa sanitario global o plan de salud.** Está dirigido a alcanzar objetivos estratégicos fundamentales y así lograr las metas de la política sanitaria. El instrumento utilizado es un programa integrado por una “serie cronológica de actividades, servicios y esfuerzos de desarrollo, en donde se utilizan recursos humanos, materiales y financieros para ejecutar la estrategia sanitaria seleccionada”.

Para que un plan de salud se ejecute, existen algunas recomendaciones dictadas por un Comité de Expertos en Planificación Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS): a) cierto grado de estabilidad política; b) algún grado de estabilidad económica, que aún con fluctuaciones permita la ejecución de los programas; c) compromiso político que facilite la ejecución; d) infraestructura administrativa suficiente con recursos humanos capacitados para el diseño y ejecución de los distintos programas.

- **Planificación sanitaria operacional.** El nivel más concreto y específico de la planificación, en donde se elaboran los programas, conteniendo las actividades específicas dirigidas a alcanzar objetivos operacionales, en relación a problemas particulares.

Como se ha señalado previamente, los elementos que deben caracterizar un programa son: a) un conjunto interrelacionado de actividades; b) unos objetivos claramente definidos; c) estructura y recursos para llevarlos a cabo; d) presupuesto disponible; e) períodos de tiempo limitados; f) no interferencia con la actividad habitual de los servicios que han de ejecutarlo. Cabe mencionar que aunque son deseables todas las cualidades citadas, es frecuente la ausencia de algunos sin que esto impida de forma absoluta la realización del programa e incluso su éxito (15).

Figura 2
Niveles y objetivos de la planificación



Fuente: Tomado de Gómez López y Aibar Remón (15)

3. EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN

Han sido varios los modelos de programación propuestos y utilizados en la última década, sobre todo en el nivel primario de atención y en la administración sanitaria, el planteamiento más actualizado sugiere que ***no existe una única forma de programar que sea la mejor en todas las situaciones***. Así pues, la programación será distinta dependiendo del nivel o localidad en que se realice. Cada contexto involucra una solución diferente, sin dejar de lado investigaciones y experiencias anteriores (24, 36).

Cualquier programa se elabora en una secuencia de pasos que es lo que se denomina *proceso de programación*, y cada una de estas fases se realiza a través de una determinada *técnica*. En la elaboración de programas se utilizan criterios, experiencia propia y ajena, además del uso de sentido común, según cada situación (23).

La programación es un proceso cíclico, integrado por una serie de etapas consecutivas. La mayoría de los autores coinciden en que el proceso se inicia con el estudio de necesidades o análisis de la situación de salud, con una consecuente definición de las prioridades. Para orientar dichas prioridades, se enuncian las metas/objetivos a alcanzar, para después pasar a identificar y seleccionar las alternativas de intervención (15, 17, 23, 27, 34).

La programación pasa inicialmente por una *fase previa* o *fase preparatoria*, momento en el que se llevan a cabo las discusiones sobre la conveniencia o necesidad de elaborar un programa. Esta fase comprende: a) la selección de un coordinador y un equipo inicial para la preparación del programa; b) discusiones sobre ideas generales, metas, obstáculos previsibles, recursos precisos y demás, del programa; c) recolección previa de datos e informaciones básicas, para un acercamiento y conocimiento inicial de los problemas que el programa abordará; d) gestiones iniciales administrativas y económicas, para iniciar los trabajos necesarios (15).

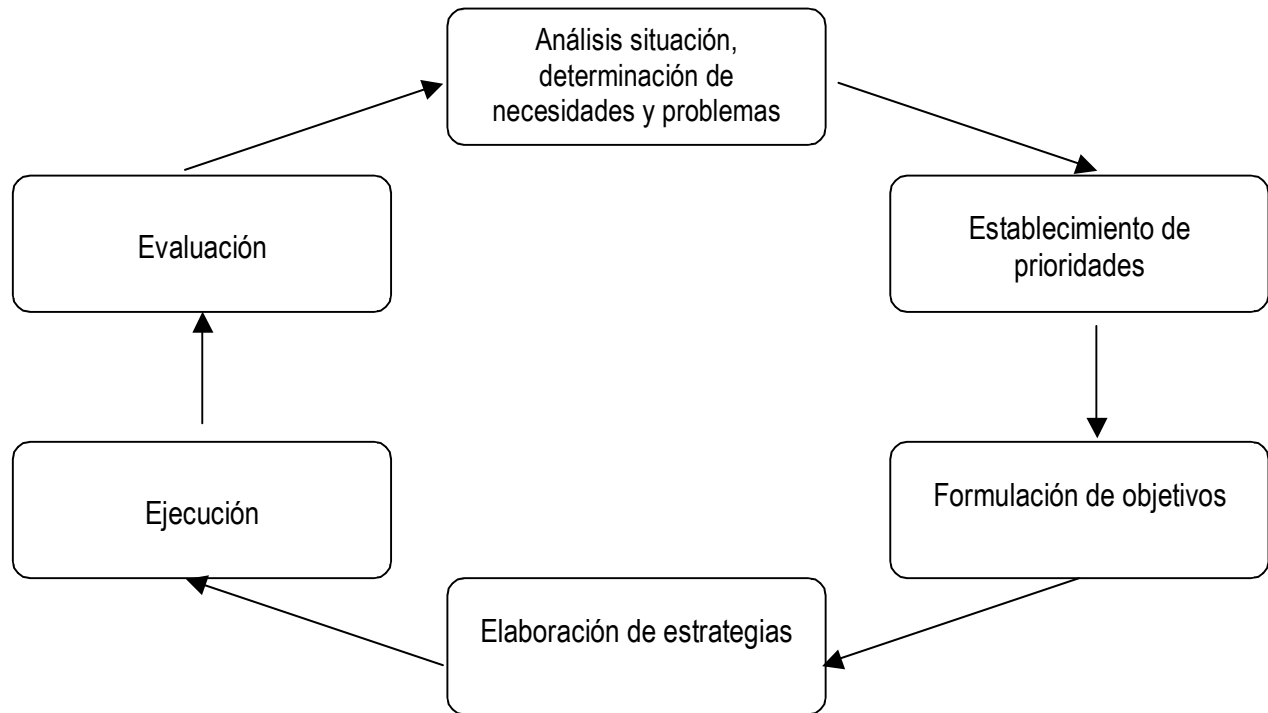
El grupo de programación ha de constituirse por personas a las que se les ha encomendado la tarea o se han responsabilizado por decisión propia. El criterio básico es que participen personas que vayan a ejecutar las acciones programadas, aunque no siempre son los que realicen las acciones quienes pueden colaborar en la elaboración. En el último de los casos, se seleccionaron a aquellos que por conocimientos, representatividad formal o informal, o por disponibilidad de tiempo, sean los indicados para constituir el grupo de diseño de programa (23).

Tomando en cuenta las propuestas de diferentes autores, las etapas del proceso que el grupo de programación (como proceso también de planificación) puede seguir son las siguientes (ver Figura 3):

- Análisis de la situación y determinación de necesidades y problemas
- Establecimiento de prioridades
- Formulación de objetivos
- Elaboración de estrategias (selección de recursos y actividades)
- Ejecución
- Evaluación (1, 15, 17, 23, 27)

Es posible encontrar algunos otros pasos a incluir, como por ejemplo la justificación, elaboración de normas, la elaboración del documento y la presentación y aprobación del programa. Sin embargo, las etapas enumeradas líneas arriba son aquellas que pueden considerarse básicas dentro del proceso y que se desarrollarán con más de detalle en las páginas que siguen.

Figura 3
Proceso de programación



Fuente: Tomado de Gómez López y Aibar Remón (15)

a. Análisis de la situación y determinación de necesidades y problemas

Así como en la práctica clínica es necesario realizar un diagnóstico al paciente que consulta, para así decidir el plan terapéutico y la resolución de su enfermedad, de igual manera la planificación plantea como paso inicial y necesario llevar a cabo una valoración de la situación, para emprender los programas destinados a mejorarla. Sobre la salud influyen diferentes factores, como los demográficos, socioeconómicos, ambientales, culturales, etcétera, por lo cual el análisis de la situación debe ser *intersectorial* y *multidisciplinaria*. El siguiente cuadro resume la demanda de información que debe recolectarse y procesarse (15).

Marco referencial	Sobre los servicios de salud	Sobre el Estado de salud
Características geográficas, características demográficas, actividad productiva y estructura socioeconómica, entre otros.	Servicios de cuidados personales de salud, financiación de los servicios, recursos existentes, satisfacción de la población, servicios de higiene del medio.	Mortalidad y morbilidad.

Fuente: Tomado de Gómez López y Aibar Remón (15)

Posteriormente es necesario realizar un resumen de la información recolectada, agregada y desagregada, llevar a cabo una explicación de la situación de salud con los factores condicionantes, y posteriormente una lista de problemas de salud encontrados (15).

Determinar las necesidades de una población trasciende la identificación de los problemas de salud (27). Existe una amplia y profunda discusión en el intento de diferenciar términos como *problema* y *necesidad* de salud. Algunos definen *problema* como “toda situación en la que se produce un estado de salud considerado como deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad” (19). Los problemas identificados pueden ser agrupados en tres grandes categorías, las cuales no son excluyentes entre sí ni tampoco exclusivas: a) Problemas *sentidos por la comunidad*, que constituyen una necesidad derivada de la percepción que tiene la gente sobre su salud. Estos problemas se logran expresar a través de encuestas, entrevistas con líderes comunitarios y otros métodos. b) Problemas *reconocidos por el personal responsable del análisis de la situación*, que es definida por Pineault y Daveluy como “aquello que hace falta para que una situación problemática (el estado de salud actual) se convierta en la situación deseada (el estado de salud óptimo)”. c) Problemas *conocidos previamente* por instituciones y autoridades sanitarias (15).

Un problema de salud puede considerarse como “toda situación de salud, real o potencial, que gravite en la comunidad, y sobre la que exista posibilidad de influir en ella misma, en su origen o en sus consecuencias” (19).

La necesidad de salud es un concepto subjetivo y de valor relativo, de alguna manera representa la diferencia entre lo que existe y lo que sería deseable en términos de estado de salud, servicios o recursos. Es posible que existan necesidades sin que concurra un problema de salud (19, 27). En el texto de Pineault y Daveluy, citando a Avedis Donabedian, lo importante de reconocer la necesidad de salud es traducirlo en sus *equivalentes* de servicios y recursos (27).

La identificación de necesidades y problemas puede determinarse a partir de diversos enfoques y métodos propuestos, e idealmente éstos debieran utilizarse para no basarse exclusivamente en la percepción. Los enfoques más utilizados son 3: a) enfoque por indicadores, b) enfoque por encuestas y, c) enfoque orientado a la búsqueda de consenso; éstos varían en complejidad, costo, tiempo y efectividad. El siguiente cuadro resume los enfoques mencionados y sus métodos:

Enfoque	Método	Función del proceso	Experiencia en medición	Tiempo y recursos necesarios
Enfoque por indicadores de salud	Análisis de estadísticas sobre expectativas de vida, mortalidad y discapacidad	Compilación	Moderada a alta	Moderada
Indicadores sociales	Análisis de estadísticas sociales relacionadas con la salud y con la aplicación de la atención médica	Compilación	Moderada	Moderada
Extrapolación	Extrapolación de necesidades sobre datos epidemiológicos de la población de referencia	Compilación e integración	Moderada	Mínima
Enfoque por encuestas	Análisis de utilización de servicios o porcentajes en tratamiento	Compilación	Moderada	Moderada
	Encuesta tipo de mano de obra e infraestructura de servicio	Compilación	Moderada	Moderada
	Encuesta tipo de la población general	Compilación y desarrollo	Moderada	Extensiva
	Encuesta tipo de población de servicio o profesional	Desarrollo	Alta	Moderada
Enfoque de búsqueda de consenso	Foro Comunitario Grupo nominal Informantes clave Técnica Delphi	Integración Desarrollo Desarrollo Desarrollo e integración	Baja Moderada Moderada Moderada	Moderada Mínima Mínima Moderada
	Impresiones comunitarias	Desarrollo, compilación e integración	Moderada	Mínima

Fuente: Tomado de G.E. Alan Dever (1)

b. Establecimiento de prioridades

La necesidad de priorizar viene dada por la existencia de numerosos problemas a los que hay que dar solución, contando con recursos limitados (12). Para establecer las prioridades son muchos los criterios en juego, incluyendo algunos altamente políticos, criterios epidemiológicos, plazos, alcance y grado de los problemas, partes interesadas, incertidumbre, grado de complejidad y grado de consenso (1).

La utilidad de definir prioridades se da en la medida que permite seleccionar, por una parte, los problemas que serán objeto de intervenciones de salud; es decir, las prioridades de acción. Por otra parte, también se reconocen las prioridades de investigación, aquellos problemas para los cuales es necesario conocer mejor las causas y las soluciones (27).

Técnicamente se proponen dos criterios para que un problema de salud sea considerado prioritario:

- Importancia de las pérdidas causadas por él, tanto de salud (en términos de morbilidad, letalidad y mortalidad), como económicas (expresadas en costes de tratamientos, de invalidez, etcétera).
- Sensibilidad ante un programa de actuación, dirigido a resolver el problema. En otras palabras, esto se refiere a la capacidad que tendría la intervención de un programa de resolver el problema (15).

En base a estos criterios y tomando en cuenta la forma en que pueden relacionarse, la priorización tendría cuatro posibilidades que se resumen en el siguiente cuadro:

Importancia de las pérdidas	Sensibilidad a un programa	Decisión
Considerable	Elevada	Prioridad 1ª para programa
Considerable	Reducida	Prioridad 1ª para investigación
Escasa	Elevada	Prioridad 2ª para programa
Escasa	Reducida	Prioridad 2ª para investigación

Fuente: tomado de Gómez López y Aibar Remón (15)

Si bien los criterios son útiles, seleccionar prioridades puede resultar complicado y enfrentar a autoridades sanitarias, técnicos y comunidad en numerosas discusiones debido a que resulta difícil ponderar la importancia de los problemas, medir la gravedad, y no debe olvidarse que existen presiones sociales de diversos tipos e intereses políticos (15).

Para la determinación de prioridades también existen métodos propuestos. Por mencionar algunos se encuentran el método de Parrilla de análisis, el Método de Nalón, el Método Dare (Decision Alternative Rational Evaluation), el Método de Ponderación de Criterios (Criteria Weighting Method) y el Método Simplex (27).

c. Formulación de objetivos

Puede observarse que para algunos autores los pasos anteriores son parte de una planificación más general o estratégica y consideran que la programación inicia realmente con la fase de formulación de objetivos (1, 15, 27). La determinación de objetivos es “un proceso de gestión que permite iniciar la acción” y evaluar el efecto (27), y es “expresión de lo que queremos lograr al realizar las actividades del programa”, por tanto es una fase de la programación que debe llevarse siempre (23).

En la medida de lo posible, los objetivos deberán redactarse en términos de salud, de forma cuantificada, especificando los criterios de éxito o fracaso, así como el lugar y el tiempo en que se esperan lograr, aunque esto (dependiendo del programa) no siempre es posible. En ocasiones lo que queremos lograr no puede ser cuantificado, o no se tiene una razón para considerar éxito una cosa u otra (23).

d. Elaboración de estrategias (selección de recursos y actividades)

La estrategia “expresa las grandes líneas de acción que enmarcan las finalidades y las actividades de un programa”. No siempre se encuentra, y muy frecuentemente en los programas del nivel primario no se hace explícito, pero puede identificarse al analizar el conjunto de las actividades del programa. Ejemplos de estrategia pueden darse al plantear que el programa tiene una clara *orientación comunitaria*, o que es fundamentalmente de *orientación clínica* (23). Las estrategias también podrían verse en la medida en que las actividades se agrupen en categorías como de *prevención primaria*, *prevención secundaria*, *prevención terciaria*, o de *gestión* (15). Todo programa de salud debe/puede contemplar actividades bajo estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como de participación comunitaria en una u otra forma (36).

Una actividad es “un conjunto de acciones con una cierta unidad que resulta operativo agrupar” (23). Este paso comienza con la generación de ideas para identificar maneras posibles de lograr los objetivos (1). Deben contemplarse actividades de eficacia probada o muy probable, aún sin olvidar que en el campo de

la promoción será más difícil encontrar en la literatura intervenciones de eficacia probada (36).

Se recomienda que las diferentes actividades se agrupen en el programa de forma lógica y práctica, pudiendo agruparse en subprogramas o no, según parezca oportuno. Frecuentemente es olvidado, a pesar de lo importante, tomar en cuenta que el conjunto de actividades estén relacionadas y coordinadas entre sí de forma que la suma de ellas forme un conjunto coherente e integrado (36).

Junto con las actividades, es necesario también definir los recursos que serán necesarios a utilizarse. Los recursos pueden agruparse en *humanos* (cantidad, calificación profesional y tiempo), *materiales* (locales, equipo, insumos, etcétera), y *financieros* (fuentes y formas de financiamiento, así como las cantidades necesarias (15).

e. Ejecución

A esta fase también es común llamarle *implementación*, y es cuando ya realizadas las etapas anteriores se pone en práctica el programa (15). El período inicial de ejecución debe ser considerado crucial, ya que es el momento en que se adquieren los hábitos de trabajo, en éste es necesaria una tutela estrecha para detectar tempranamente actitudes incorrectas en el desarrollo del programa, que dificulten la consecución de objetivos. Durante todo el desarrollo del programa deberá mantenerse un sistema de control dinámico que permita detectar tanto desviaciones en el desarrollo del programa, como cambios importantes respecto al estado del problema sobre el que se interviene y que pudiera determinar una modificación de los objetivos (17). Durante esta fase operan y se ponen de manifiesto la mayoría de las funciones de administración (1).

f. Evaluación

Evaluar puede entenderse como “analizar las diferencias entre lo planificado, como hipótesis de trabajo, y las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados” (17).

Esta etapa puede definirse como “el conjunto de actividades dirigidas a logra un juicio objetivo sobre el programa”, siendo sus fines básicos el facilitar la preparación y elaboración del programa, suministrar la información precisa para mejorarlo y determinar sus efectos (15).

La evaluación debe ser incluida dentro de la programación, considerando que debe efectuarse una vez que el programa esté en funcionamiento. Dentro de la evaluación deben especificarse las normas y criterios, cuantitativos y cualitativos, que servirán para evaluar los efectos, la pertinencia, la productividad y el rendimiento. El plan especificará cómo, cuándo, con qué intervalos y en qué forma serán efectuadas las medidas y a quién deberán transmitirse los resultados.

La evaluación se facilita cuando los objetivos y actividades se encuentran bien definidas. Ya se ha mencionado que la planificación y la programación son procesos circulares e iterativos; la evaluación permite volver a la etapa inicial del proceso de planificación para cuestionar la pertinencia en relación con los resultados obtenidos. En su sentido más amplio, la evaluación puede intervenir en diferentes momentos de la ejecución del programa como evaluación “ex ante” o predecisión, o “ex post” o posdecisión. Además, hay una evaluación concurrente que acontece en el mismo tiempo en que se desarrollan las etapas del programa (27).

Los aspectos que la evaluación debe considerar como mínimo, son la *necesidad del programa*, su *adecuación a la solución del problema* (estructura y proceso del programa) y sus *resultados e impacto* sobre la salud comunitaria (15).

4. EL DOCUMENTO DE UN PROGRAMA

Como se dijo en el inicio de esta revisión bibliográfica, programa significa “anunciar por escrito”. Es esencial que las unidades de trabajo que ejecutan el programa tengan a la mano el documento, pues los objetivos y actividades que allí se plantean orientan de manera continua.

Es importante prestar atención a aspectos formales, de adecuación del lenguaje, presentación o redacción. El documento debe ser claro, y de no serlo, puede suponer haber perdido el tiempo destinado a la elaboración del programa. Una mala táctica, pero muy frecuente, es la elaboración de gruesos documentos que disminuyen las posibilidades de ser leído. El criterio debe ser hacer documentos sintéticos, cortos, claros, atractivos y con el lenguaje adecuado a los posibles lectores (23).

Un programa contiene tres componentes principales y que son los mínimos que deben encontrarse en el documento: 1) objetivo de salud, expresado en términos de estado de salud; 2) actividades o servicios; 3) recursos humanos, físicos y financieros (27).

B. GÉNERO Y SALUD

Ser hombre o mujer, está determinado genéticamente y condiciona el comportamiento de diversos problemas de salud. Sin embargo, a pesar de tener un sustrato biológico, existe una representación socialmente construida de lo que es ser hombre y mujer. La construcción social varía de una sociedad a otra, pero frecuentemente en las sociedades latinoamericanas se le otorga a la mujer un carácter subalterno (7).

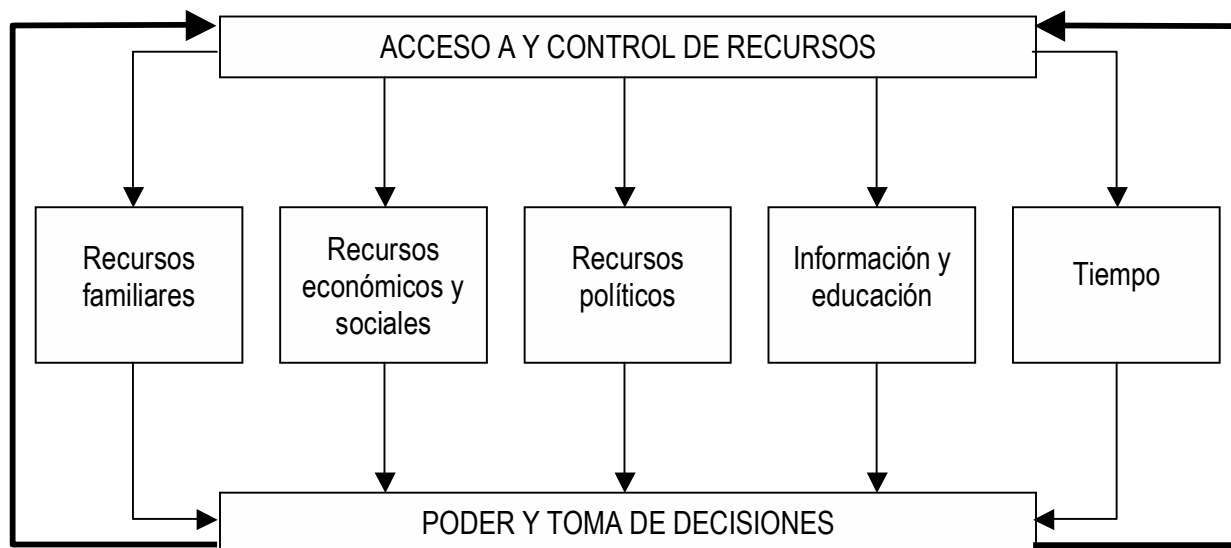
Cuando se habla de género, tienden a presentarse dos confusiones bastante generalizadas sobre el concepto. Primero, que género es igual a sexo, segundo, que género equivale a mujer (30).

Mientras el término *sexo* se refiere a la diferencia biológica entre hombre y mujer, *género* alude al significado social de la diferencia biológica entre los sexos, derivado fundamentalmente de la división del trabajo por sexo (14, 30). Esto significa comprender la construcción social de esferas de actividades masculinas y femeninas, en donde la diferenciación de éstas se traduce en *asimetrías institucionalizadas* entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos.

El género tiene como objeto de interés, no a la mujer o el hombre *per se*, sino las *relaciones de desigualdad social* entre ellos –o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”–, en torno a la distribución del poder, así como el impacto de las desigualdades sobre la vida de las personas (14, 30). El género requiere *la reconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres –descrito como “feminidad” y “masculinidad”* (31).

La categoría género no debe verse aislada de otras variables (como podrían ser los recursos familiares, los recursos socioeconómicos, recursos políticos, información y educación, entre otros), ya que al interactuar se definen el acceso y control de los recursos, así como el poder y la participación en la toma de decisiones (ver Figura 4) (32).

Figura 4
Género y su interacción con otras variables



Fuente: Tomado de Programa Mujer, Salud y Desarrollo/OPS (32)

Las inequidades de género en salud se observan en una o más de las siguientes dimensiones:

- Los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud (estado y determinantes de salud)
- Acceso efectivo a atención, recursos y servicios de salud, de acuerdo con necesidad
- Financiamiento de la atención
- Balance en la distribución de la carga de responsabilidades, remuneración y poder en el cuidado de la salud (14, 30, 31)

Si se desea la equidad de género en salud es necesario eliminar aquellas desigualdades entre mujeres y hombres que son *innecesarias, evitables y entonces injustas* –no todas las desigualdades son inequidades- (31). Operacionalmente, la equidad de género en salud no se expresa en tasas iguales de mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles. La equidad de género en la atención en salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres, sino exige que los recursos sean asignados y recibidos diferencialmente, según las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico (14).

Se han propuesto diversas soluciones para el trabajo en salud, tanto en investigación, formulación de políticas y prestación de servicios. Entre los más importantes se encuentran:

- Análisis de género de las situaciones de salud –incluyendo datos desagregados por sexo, y desarrollo, de “indicadores de género” para vigilancia y evaluación
- Capacitación de trabajadores de salud para integrar la perspectiva de género, respondiendo apropiadamente a las necesidades de salud diferenciadas de mujeres y hombres.
- Difusión de información para la abogacía sobre género y salud desde el nivel nacional hasta el nivel comunitario.
- Aumentar la participación de las mujeres en la definición de las prioridades de salud, planificación de soluciones, políticas y programas, así como en la responsabilización. (31)

C.INTERCULTURALIDAD Y SALUD

El término de interculturalidad a menudo es utilizado como sinónimo de multiculturalidad o pluriculturalidad, sin embargo es necesario hacer algunas diferenciaciones al respecto. La multiculturalidad o pluriculturalidad se refiere a la presencia en una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas, así como grupos con diferentes códigos culturales, que tienen costumbres o hábitos diferentes. La interculturalidad trasciende el reconocimiento de la diversidad, y aspira al intercambio y reciprocidad en la relación mutua, así como la solidaridad entre las diferentes formas de entender la vida entre dichos grupos (9).

La relación entre culturas es una oportunidad para recoger lo mejor de cada una, y se enfatiza en la necesidad de contar con condiciones de reciprocidad, voluntad, valoración, entendimiento, horizontalidad, respeto solidaridad, que en espacios de participación sea posible el conocimiento (3).

Se indica que la “interculturalidad es el fundamento que reemplaza al etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación, y se constituye en el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que le garantiza a cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma” (9).

En la construcción e impulso de programas y planes sociales, es necesario realizar un cambio en los enfoques culturales, tanto en los procesos de planificación como

en la entrega de servicios a las personas y grupos. Asimismo, el enfoque debe ser tomado en consideración en la definición de estrategias de intervención a grupos diferenciados (3).

Si la interculturalidad implica la *acción y comunicación* entre las personas de diferentes culturas, Cunningham plantea que en el campo de la salud significa que *todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción*. La salud se constituye en una herramienta para avanzar hacia la equidad en salud (9).

Avaria destaca que en la interculturalidad es posible en un ejercicio fundamentalmente democrático, *basado en la valoración del sistema médico de los pueblos originarios, reconociendo sus manifestaciones, los modos de elaborar explicaciones, tratamientos, en los procesos de mediación de la población, las formas en que operan, se aplican, los modos de utilización de estos* (3).

Cuando se propone la creación de un modelo de salud intercultural, se está aspirando a satisfacer los siguientes objetivos:

- La interculturalidad en la salud nace de un doble derecho. El derecho a mantener y cultivar prácticas “tradicionales” de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas y, el derecho establecido en la Constitución Política que la salud es un derecho.
- La necesidad de comunicación entre pueblos y culturas. Se desea construir relaciones interétnicas armoniosas y respetuosas. Son necesarios los espacios para el intercambio y enriquecimiento mutuo de valores y conocimientos sobre la salud, y contribuir al avance y desarrollo de un modelo de salud intercultural a nivel nacional.
- Superar las relaciones asimétricas entre los sistemas de salud. Históricamente, la medicina “tradicional” has sido acusada y excluida de la vida pública, por lo tanto su práctica ha sido clandestina e invisibilizada, y no se ha considerado en los espacios formales y públicos. Por lo mismo, los sistemas o modelos no “académicos-occidentales” se han mantenido en el estancamiento y su renovación ha sido parcial (9).

Para la organización de los servicios de salud se han practicado varios enfoques que confunden la interculturalidad con modelos integracionistas o de asimilación,

típicos de las relaciones que han prevalecido entre los Estados con los pueblos indígenas. Los enfoques identificados son, al menos, los siguientes:

- **Enfoque paternalista o integracionista.** Deriva de la aplicación de políticas de integración, asimilación o indigenista; existe un reconocimiento formal de la diversidad cultural, pero se caracteriza por establecer relaciones verticales y medidas definidas desde arriba y desde afuera para “resolver el problema de indígenas y negros”.
- **Enfoque culturalista.** Hay un reconocimiento del pluralismo cultural y se afirma el derecho a la diferencia cultural, por el valor intrínseco de cada cultura. Se otorga mayor importancia a aspectos didácticos, lingüísticos o folklóricos sin profundizar en la participación y poder real.
- **Enfoque de convivencia.** Este enfoque se ha promovido por el incremento de las migraciones internas y externas, y por el contacto entre diferentes culturas. Se parte del hecho de necesitar conocer al otro para que exista la convivencia, porque el desconocimiento produce temor. Este enfoque corre el riesgo de sólo promover la integración a partir del conocimiento mutuo, sin avanzar hacia una relación más equitativa de poder.
- **Enfoque de empoderamiento o autonómico.** Parte de la idea que la salud intercultural se deriva del ejercicio de los derechos sustantivos que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas, por lo que se enmarca en los derechos humanos de libre determinación, territorio, participación efectiva en los espacios de decisión (en lo local, regional y nacional), y el reconocimiento, ejercicio y protección legal de sus conocimientos. Aquí se privilegia el rescate y revaloración de la cultura de los pueblos y comunidades involucradas, el afianzamiento de la identidad colectiva y la participación plena en la organización, ejecución, evaluación y seguimiento de los sistemas de salud. Los principios que rigen este enfoque deben incorporarse y reflejarse en leyes y políticas nacionales (9).

D.CONCEPCIONES DE SALUD-ENFERMEDAD

Desde hace más de dos décadas en Latinoamérica, el concepto de salud y enfermedad es eje de controversia, alrededor del cual se llevan a cabo discusiones y críticas. Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad (predominantemente biomédicas) han sido confrontados por desarrollos

conceptuales y metodológicos más integrales, con más capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, superar la visión simple y unilateral, describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales (8).

Las concepciones sobre la realidad y la salud-enfermedad son aspectos fundamentales a considerar, pues en base a estas se delinearán las estrategias de intervención en salud (18). Prácticamente todo el conocimiento que existe sobre la (salud) enfermedad es sobre sus aspectos biológicos, correspondiente con los modelos y conceptos biológicos de la enfermedad, y ocupándose del proceso biológico del individuo o de una parte de él. Es así como, desde la medicina y epidemiología tradicional, los problemas de salud se formulan en términos exclusivamente biológicos (22).

La sofisticación de la medicina, si bien ha tenido algún impacto sobre el individuo, ha carecido de efecto sobre la colectividad. El avance tecnológico en la práctica médica ha reducido su alcance social. De esta forma, la medicina no ha podido resolver ni teórica ni prácticamente los principales problemas de salud, aún cuando la inversión pueda ser considerable (22). A partir de la crisis de las sociedades capitalistas occidentales, se revela la incapacidad del sistema económico monopólico de proveer condiciones de vida adecuadas y salud para la toda su población. Así, se redescubre el carácter social y cultural de la enfermedad y de la medicina, y sus relaciones con la estructura y superestructura de la sociedad (2).

El retorno hacia lo social se logra a través del recurso de la epidemiología, a pesar de considerársele ajena de la politización asumida por la medicina social (2). La *epidemiología crítica* señala algunos problemas a la *epidemiología tradicional* por su incapacidad de explicar las determinaciones y relaciones del proceso salud-enfermedad colectiva, pues al concebir la enfermedad como una pérdida de equilibrio, se dirige sólo a entender los factores últimos que alteran dicho equilibrio con el propósito de corregirlos, sin preocuparse por ofrecer una explicación del origen de los mismos. Las condiciones deterioradas de salud de las mayorías latinoamericanas se explican por la irracional e inhumana forma de organización social imperante; el estudio de lo social es imprescindible para explicar cómo se construye el proceso salud-enfermedad, pues así detecta sus determinantes últimos, que son los de mayor poder explicativo y de predicción (18). Así, uno de los mayores problemas en la concepción de salud es la falta de articulación entre lo biológico y social.

Después de los debates desarrollados dentro de la corriente de la medicina social o salud colectiva, junto con el pensamiento médico dominante, se ha generalizado el reconocimiento que el proceso salud-enfermedad *guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales*. Sin embargo, la medicina no ha participado en la construcción de una nueva concepción del proceso salud-enfermedad, más bien ha intentado racionalizar su intervención y optimizar recursos; sigue manteniéndose en la noción de salud-enfermedad como una alteración de los procesos bionaturales (21).

El discurso médico-social desarrolla el *carácter social* del proceso salud-enfermedad y frecuentemente ha utilizado la categoría *reproducción social* para estudiar las determinantes y condicionantes entre lo social y lo biológico (21, 37).

Blanco Gil, cita a Breilh al señalar que *la reproducción social es la categoría que nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de localidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales*. En otras palabras, con la categoría de reproducción social puede abordarse el estudio de las diferencias de distribución de la salud-enfermedad entre las clases sociales, y el análisis de la expresión concreta de este proceso (4).

Los procesos de trabajo y consumo, relacionados entre sí, conforman lo que puede denominarse como reproducción de clases sociales (4). La categoría *clases sociales*, se utiliza para estudiar la inserción de un grupo en el aparato productivo; las clases son grandes grupos de personas, *diferenciadas entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo, y por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen* (5). Las clases sociales enferman de manera diferente, en la medida que el proceso salud-enfermedad está determinado los procesos productivos y su inserción.

Para la Instancia Nacional de Salud, la reproducción social incluye al menos tres procesos: los de producción y consumo (ambos referidos a la reproducción material) y el socio-cultural (referido a la reproducción cultural). Estos tres procesos, están estrechamente relacionados entre sí e influyen uno sobre otros, y su concreción dentro de una colectividad determina el comportamiento del proceso salud-enfermedad (37).

Castellanos, por su parte, sugiere que la reproducción social abarca por lo menos cuatro grandes dimensiones: los procesos predominantemente biológicos, los procesos predominantemente ecológicos, los procesos predominantemente psicológicos y culturales, y los procesos económicos. Cada una de las dimensiones contiene procesos conflictivos, favorables o desfavorables a la existencia y realización de los proyectos de la sociedad, sus grupos e individuos. Estos procesos hacen posible la persistencia, deterioro, avance y transformación de reproducción de las sociedades y grupos, y la situación de salud que resultad de dichos procesos puede ser mejorada o perjudicada, en la medida que se modifiquen las dimensiones de la reproducción social. En la práctica, estos procesos constituyen ámbitos de acción de la salud pública (7).

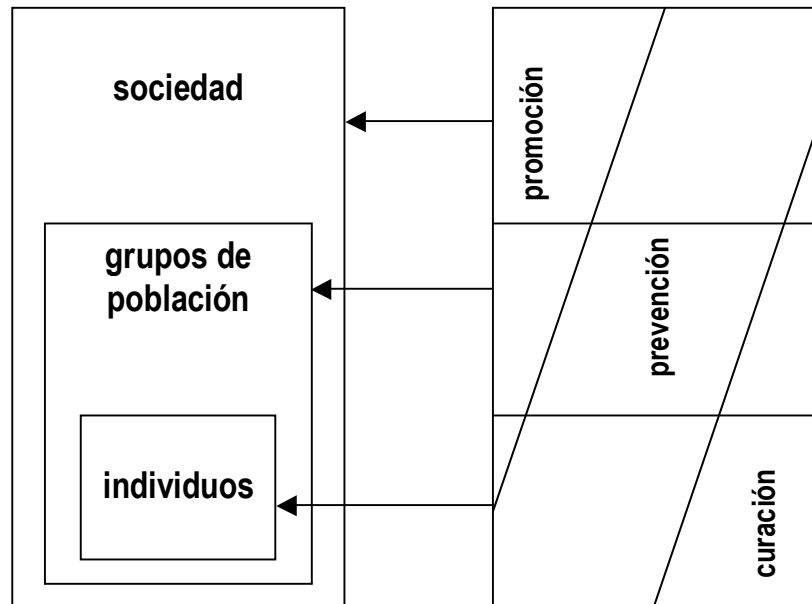
Existen aún varios temas en discusión sobre la relación entre lo biológico y lo social (21), pero en este momento el pensamiento dialéctico presente en la epidemiología crítica ha permitido unir lo biológico con lo social, lo individual con lo colectivo, la teoría con la práctica, creando una interpretación dinámica e integral del proceso salud-enfermedad (18).

E. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD Y ENFOQUES EPIDEMIOLÓGICOS

1. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD

Las acciones en salud pueden clasificarse en tres grandes grupos: 1) las predominantemente de promoción actúan en a nivel de la sociedad y de los grupos de población, y su impacto sobre la salud de los individuos se produce modificando el modo de vida y las condiciones de vida de la sociedad; 2) las predominantemente de prevención, actúan sobre individuos, grupos o sociedad, dependiendo del problema y actividad específica que se trate; 3) y las acciones predominantemente de curación y rehabilitación, actúan con más énfasis sobre el nivel individual (ver Figura 5). Toda estrategia de intervención es una combinación de estos tres tipos de acciones (7).

Figura 5
Niveles y tipos de intervención en salud pública



Fuente: Tomado de P.L. Castellanos (7)

a. Prevención en salud

La prevención se refiere a la identificación y trabajo sobre los factores que ponen en peligro el sostenimiento del equilibrio de la salud. Se relaciona entonces con problemas de salud y las intervenciones son correctivas, para reducir los factores de riesgo o mejorar los factores de protección en contra de agentes agresivos (16).

La prevención de la enfermedad incluye también estrategias orientadas a disminuir las consecuencias de la enfermedad, cuando ésta ya se ha establecido. Se hace una diferenciación según el caso, si la prevención es primaria o prevención secundaria. La prevención primaria trata sobre la intervención antes de la aparición de la enfermedad, mientras que la secundaria intenta detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, así como reducir la frecuencia de recaídas y condiciones crónicas (26).

b. Promoción de la salud

El concepto de *promoción de la salud* se utiliza frecuentemente, sin tener claridad de lo que este realmente significa. Promoción no pocas veces se confunde con otros términos como prevención, educación, información o comunicación en salud. En esencia, la promoción es una estrategia que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (33).

A partir de la crisis del concepto biomédico de salud, y un enfoque más holístico y social que se ha desarrollado, se requiere una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente. Salud no es sólo disponer de atención a la enfermedad, sino también se interrelaciona con la equidad social (33).

La promoción es un proceso político y social global, dirigido a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, pero especialmente dirigido a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan en la salud pública e individual. La promoción de la salud permite a las personas aumentar su control sobre las determinantes de la salud para mejorarla, para lo cual es esencial la participación (25).

El documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud es la Carta de Ottawa, elaborada en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Canadá 1986. Dicha Carta asume un concepto de salud que abarca las necesidades en forma integral y amplia, pero plantea la necesidad de definir estrategias como la *abogacía* o *cabildeo*, la participación y la acción política para que las necesidades de salud sean conocidas y promocionada. En este documento se contempla cinco grandes áreas estratégicas:

- Construir Políticas Públicas Saludables
- Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
- Fortalecer la acción comunitaria (empoderamiento comunitario)
- Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida)
- Reorientar los servicios de salud (25, 33)

La promoción de la salud orienta la llamada *nueva salud pública*, en donde se fortalecen las potencialidades del movimiento social y la organización comunitaria. Por lo mismo reúne diversos campos de estudio para realizar acciones múltiples, que le da carácter de política pues involucra aspiraciones y transformaciones profundas en ambientes, individuos y grupos. La Salud Pública no puede circunscribirse únicamente a despachos de funcionarios sanitarios, sino que implica trabajar en espacios de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros

sectores, organizaciones comunitarias de índole diversa, sector privado, etcétera (33).

2. ENFOQUES EPIDEMIOLÓGICOS

a. Enfoque de alto riesgo

El desarrollo de la epidemiología, aplicada a problemas singulares (individuos y enfermedades) y la utilización de técnicas estadísticas para medir los factores de riesgo y estilos de vida, ha conducido la tendencia de utilizar el llamado *enfoque de riesgo*, también llamada *estrategia de alto riesgo*.

Este enfoque hace su énfasis de trabajo sobre individuos en riesgo, detectados a partir de factores de riesgo y procesos de tamizaje. Se ha pregonado como la alternativa válida ante la supuesta ineficiencia e ineficacia de los servicios de salud, pues permite la reorientación de los escasos recursos hacia aquellos datos y personas que presentan un riesgo potencial mayor. En la medida que se trabaja con individuos o grupos específicos, resulta menos complejo identificar los costos-beneficios de las intervenciones.

El enfoque de riesgo tiene ciertas ventajas, en especial en patologías específicas. Sin embargo también puede suceder que los procesos de tamizaje sean demasiado costosos, o que el impacto de una enfermedad sobre la población general sea mayor que la que tiene sobre personas de riesgo. Por otro lado, no se aborda el origen de las enfermedades, por lo que la fuente de problemas se mantiene, y a largo plazo se contradice la eficiencia del enfoque (6).

b. Enfoque poblacional

A diferencia del enfoque de riesgo, el *enfoque poblacional*, *estrategia poblacional* o de *salud pública* enfatiza su esfuerzo en la transformación de condiciones de vida de los grupos de población y en la modificación de su situación general de salud.

Este enfoque requiere de una utilización mayor de recursos y poder político, pues sus acciones se dirigen a una población amplia (expuestos y no expuestos) y no a grupos pequeños específicos o individuos. Esto sin embargo puede ser necesario cuando las posibilidades de modificación de riesgos individuales, dependen de las posibilidades de modificar aspectos de la población general.

Las acciones se dirigen hacia condiciones de salud, educación para la salud, elevación del nivel de ingresos y consumo de bienes y servicios básicos, servicios integrales de salud, etcétera.

En el enfoque poblacional la equidad es un propósito básico, lo que un modelo asistencial basado sólo en estrategias de alto riesgo no permite. Todo grupo social tiene derecho a condiciones de vida para su sobrevivencia, desarrollo de sus potencialidades y proyectos, y el enfoque poblacional necesita de una alta dosis de trabajo político y participación ciudadana. Por lo anterior, en la planificación con este nuevo enfoque debe asumirse el conflicto y la incertidumbre como inherente a la toma de decisiones en situaciones de poder compartido (6).

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A.TIPO DE ESTUDIO

- Cualitativo-operativo

B.OBJETO DE ESTUDIO

- Programas Técnico-Normativos, del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Propuesta de la Instancia Nacional de Salud (INS), *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*

C.CAPÍTULOS DESARROLLADOS

Capítulos	Contenidos	Fuente de datos
Resultados, discusión y análisis de los programas del MSPAS y la INS	• Resultados, discusión y análisis comparativo de los programas del MSPAS y Propuesta de la INS sobre <i>Estructura de los programas</i> • Resultados, discusión y análisis comparativo de los programas del MSPAS y Propuesta de la INS sobre <i>Perspectivas de los programas</i> • Resultados, discusión y análisis de los programas del MSPAS sobre <i>Ejecución de los programas</i>	Revisión documental: • Programas del MSPAS con acciones en el primer nivel de atención en salud. • Propuesta de la Instancia Nacional de Salud: <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i> Entrevistas a informantes clave del MSPAS: • Unidad de Planificación Estratégica • Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas • Dirección de Área Ixil, Quiché • Dirección de Área de Escuintla Reuniones y talleres de trabajo • Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), Clínica Maxeña y Asociación Pies de Occidente • Equipo de Coordinación de implementación de la Propuesta de la INS • Equipo Técnico Operativo de la INS

Capítulos	Contenidos	Fuente de datos
Propuesta programática para el primer nivel de atención en salud	• Diseño programático • Programa Comunitario* • Programa Familiar* • Programa Individual* • Prioridades por programa y subprograma • Estructura organizativa • Control programático * Para cada programa se desarrollan: - Consideraciones sobre el nivel de análisis-acción - Objetivo - Estrategia del programa - Resultados y actividades	Revisión documental: • Propuesta de la Instancia Nacional de Salud: <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i> • Documentos e informes de trabajo de los equipos implementadores de la propuesta INS Reuniones y talleres de trabajo • Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), Clínica Maxeña y Asociación Pies de Occidente • Equipo de Coordinación de implementación de la Propuesta de la INS • Equipo Técnico Operativo de la INS

D.CATEGORÍAS DE ANÁLISIS O “VARIABLES”

Categoría analítica	Subcategoría analítica	Definición operativa
Estructura del programa	Existencia y tipo de documento	Obtención o no de un documento que explique el programa en cuestión. Tipo de documento, si es publicación de imprenta, documento de oficina, fotocopia, trifoliar, presentación de diapositivas, u otros.
	Objeto/sujeto de intervención	Problema que se aborda, si se trata de una enfermedad, temática, grupo poblacional, medio de transmisión o nivel de intervención.
	Objetivos	Nivel de planificación al que responde el objetivo: normativo, estratégico, táctico u operativo.
	Estrategias y actividades	Reconocer si las estrategias y actividades tienen mayor énfasis en coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional, promoción, prevención, curación o rehabilitación.
	Recursos	Identificar en el programa si se explicitan responsabilidades de personal y recursos de la estructura organizativa que se utilizan para el desarrollo del programa.
	Evaluación	Identificar en el programa si se explicitan forma de llevar a cabo la evaluación.

Categoría analítica	Subcategoría analítica	Definición operativa
Perspectivas del programa	Concepción de la salud	Concepción biomédica o social, implícita o explícitamente expresada, que orienta los programas de salud.
	Perspectiva de género	Elementos sobre la construcción social de los géneros encontrados en el análisis de la situación o problema, los objetivos, las estrategias y actividades. Asimismo, si se promueve la participación equitativa de hombres y mujeres en los programas.
	Perspectiva intercultural	Elementos culturales que se consideran para el análisis del problema, los objetivos planteados, actividades o estrategias de articulación con otros modelos médicos existentes.
Ejecución del programa	Conocimiento de los programas en estructura del MSPAS	Conocimiento de las autoridades del Nivel Central y del Nivel Ejecutor sobre los programas existentes, objetivos y actividades principales.
	Coordinación entre programas	Esfuerzos de coordinación que se llevan entre programas, y entre el Nivel Central y Nivel Ejecutor del MSPAS.
	Contexto de ejecución	Principales obstáculos y aspectos favorables para el desarrollo de los programas.

E.RECURSOS DE TRABAJO

1. RECURSO HUMANO

- Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS)
 - Asociación PIES de Occidente
 - Clínica Maxeña / Diócesis de Suchitepéquez-Retalhuleu
- Equipo Coordinador para la implementación de la propuesta de la Instancia Nacional de Salud

2. RECURSOS MATERIALES Y FÍSICOS

- Libros de texto y documentos
- Material de oficina
- Equipo de computación
- Grabadora y audio-casetes
- Vehículo

F. PLAN DE TRABAJO Y ANÁLISIS

1. ACERCAMIENTO TEÓRICO

La realización del estudio demandó un acercamiento teórico inicial, sobre el tema de programas de salud y la ubicación del proceso de programación dentro de la planificación en salud. Además, se profundizaron conocimientos sobre el enfoque de género en el trabajo de salud, la interculturalidad, la conceptualización de la salud y cómo ésta determina el desarrollo de los servicios de salud, los enfoques y tipos de intervención de salud. La ampliación de conocimientos se hizo a través de la revisión bibliográfica, así como consultas a expertos en Salud Pública y Medicina Social, y personas que han desarrollado los temas de género e interculturalidad en salud.

2. RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE PROGRAMAS DEL MSPAS

Los programas del MSPAS que fueron objeto de estudio se seleccionaron en base al Plan Nacional de Salud, el cual establece un número de 18 programas para *enfrentar los problemas prioritarios de salud*.⁶ Estos programas coinciden con los Programas Técnico-Normativos, del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas, perteneciente a la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.

El análisis de los programas se hizo en base a las categorías expuestas previamente. La recopilación de la información sobre los programas del MSPAS, requirió la obtención de documentos que plasmaran, al menos, los objetivos y actividades que realizan los programas. Inicialmente se realizaron contactos telefónicos a todos los Programas de Atención a las Personas, y posteriormente se llevaron a cabo visitas, en diferentes fechas, para recolectar los documentos. Los programas están ubicados en instalaciones del MSPAS en la zona 7 (la mayoría), zona 1, zona 11 y zona 9, de la Ciudad de Guatemala. De los 18 Programas de Atención a las Personas, no fue posible obtener documento para el Programa de Población Migrante.

En las visitas de recolección hubo oportunidad de entablar charlas informales, no programadas, con personal de los programas que proveyeron información general sobre el desarrollo de sus unidades.

⁶ Plan Nacional de Salud 2000-2004. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Noviembre 2001

Para el cumplimiento de entrevistas a informantes clave del MSPAS, se realizaron contactos telefónicos y personales para la definición de fechas y citas. De esta manera fue posible entrevistar:

- Coordinador de la Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud/Epidemiólogo y al Coordinador de la Dirección del Área de Salud Ixil, Quiché
- Directora del Área de Salud de Escuintla
- Director del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
- Consultor permanente de la Unidad de Planificación Estratégica

Se solicitó entrevista con el Jefe de la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; a pesar de la visita a su oficina y llamadas telefónicas varias, no hubo respuesta para la concesión de cita, por lo que la entrevista no fue posible.

3. INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LA PROPUESTA DE LA INS

Se llevaron a cabo 3 talleres de trabajo con los EAPAS de la Clínica Maxeña y Asociación PIES de Occidente, y con el equipo de la INS. También se participó en múltiples reuniones de trabajo con coordinadores y miembros de los EAPAS y del Equipo de implementación de la INS. Estas actividades, se complementaron con el estudio de documentos y memorias de trabajo de los equipos, y el documento de la propuesta de la INS.

La información recolectada y las discusiones realizadas con los equipos permitieron conocer el estado actual del proceso de implementación de la Propuesta, las prioridades en salud que se han identificado para el MSPAS, las comunidades y de parte de la INS. Asimismo, se planteó de manera colectiva la estructura y contenidos de la propuesta programática realizada.

4. REUNIONES DE TRABAJO CON ASESOR Y REVISOR

Para el desarrollo de este estudio, se mantuvo comunicación constante con el asesor y revisor de tesis, con los cuales se hicieron reuniones para la orientación de la investigación.

VII.PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados y el análisis respectivo, sobre los programas de atención a las personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), así como de los lineamientos concebidos para los programas de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente* de la Instancia Nacional de Salud (Propuesta de la INS).

Los programas de salud se construyen en base a una lógica de planificación, afín a un sistema de salud. Los programas son, en cierta medida, un reflejo del modelo de salud al que pertenecen. No obstante, los resultados, discusión y análisis que se presentan aquí no tienen como propósito hacer una comparación entre modelos de salud, sino se limita a mostrar las características y hacer una distinción de las propuestas programáticas del MSPAS y de la INS.

Los resultados y su discusión se presentan de acuerdo a las categorías analíticas propuestas en el capítulo anterior:

- Estructura de los programas
- Perspectivas de los programas
- Ejecución de los programas

Cabe recordar que los programas del MSPAS de estudio son los enumerados en el Plan Nacional de Salud 2000-2004, y que dentro de la estructura del MSPAS son Programas Técnico-Normativos. Estos programas conforman el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, a su vez, supeditado a la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. La ejecución de estos programas queda a cargo del Nivel Ejecutor del MSPAS, a través de las Direcciones de Área y Distritos de Salud (centros y puestos de salud).

Los programas de la Propuesta de la INS no se encuentran elaborados, pero su documento publicado y titulado *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente* propone sus bases y lineamientos. En este momento se ha iniciado un proceso para la implementación de la propuesta en dos proyectos pilotos, cuya ejecución está a cargo de la Clínica Maxeña (Diócesis de Suchitepéquez-Retalhuleu) y de la Asociación Pies de Occidente (Quetzaltenango), que desarrollarán los servicios de salud de primer nivel en comunidades de la boca

costa de Sololá (Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá) y de San Juan Ostuncalco, respectivamente. Con estas consideraciones en mente, los resultados y análisis sobre ejecución de programas únicamente se hacen con aquellos del MSPAS.

A. ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS

A continuación se presenta una matriz que resume las características de los programas sobre el contenido de sus elementos de estructura. La información se ha obtenido de los documentos obtenidos de cada programa, entrevistas a informantes clave del MSPAS, charlas informales con funcionarios de los programas ministeriales, así como de las reuniones de trabajo con los equipos responsables de la implementación de la propuesta de primer nivel de la Instancia Nacional de Salud.

Programa		Existencia y tipo de documento	Objeto o Sujeto de intervención	Objetivos ⁷	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social							
1	Nacional de Inmunizaciones	Publicación de imprenta: Programa Nacional de Inmunizaciones, Evaluación PNI 2000 y Lineamientos 2001, Lineamientos 2003 y Planificación PNI 2003	Temática	Estratégicos, tácticos y operativos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional, prevención	Se plantean las organizaciones y unidades que participan en desarrollo del programa	Se plantean metas e indicadores, y actividades para recabar información y realizar evaluación
2	Atención a niños, niñas y adolescentes	Publicación de imprenta, Programa Nacional de Atención Integral a los y las adolescentes	Población	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	Se expresa de manera general la participación de los niveles Nacional, Departamental y Municipal, en el trabajo de atención a esta población.	Se emiten lineamientos generales de control desde los niveles Nacional, Departamental y Municipal.

⁷ Los objetivos *estratégicos* se refieren a especificar la *misión*; definen las prioridades de acción y las alternativas, con consecuencias a largo plazo. Los objetivos *tácticos* se fijan cuando se han decidido las alternativas en relación a las estrategias a seguir; a partir de estos objetivos, se estructuran y programan las actividades y los recursos. Los objetivos *operativos* orientan las decisiones a corto plazo en el desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución y la gestión de recursos.

Programa		Existencia y tipo de documento	Objeto o Sujeto de intervención	Objetivos ⁷	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
3	Adulto mayor y personas con discapacidad	Documento de oficina	Población y enfermedad * Componente de Discapacidad opera sólo en 8 Áreas de Salud	Estratégicos y tácticos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	Se expresan de manera general los recursos físicos, humanos y materiales para componente de discapacidad	Existe apartado sobre supervisión y evaluación del programa. Informes realizados por medio del Sistema de Información del MSPAS.
4	Infecciones respiratorias agudas	Fotocopia de Acuerdo Gubernativo Número 115-99, Reglamento interno del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas	Enfermedad	Objetivo dirigido a establecer funciones del programa. En base a documento obtenido no es posible conocer objetivos del programa	Actividades se especifican para el Programa (equipo) técnico normativo, no el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
5	Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	Documento de oficina	Enfermedad por medio de transmisión	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
6	Enfermedades transmitidas por vectores Chagas, malaria, dengue, oncocercosis y leishmaniasis	Documento de oficina	Enfermedad por medio de transmisión	Tácticos y operativos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional, prevención y curación	Se plantean lineamientos generales de gestión de recursos económicos y personal	Se plantean indicadores y lineamientos generales de evaluación

Programa		Existencia y tipo de documento	Objeto o Sujeto de intervención	Objetivos ⁷	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
7	Rabia y otras zoonosis	Presentación de diapositivas	Enfermedad por medio de transmisión	Estratégicos y tácticos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
8	Tuberculosis	Documento de oficina	Enfermedad	Tácticos	Curativo	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	Se plantean metas e indicadores. No se especifica forma de realizar evaluación
9	Infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA	Fotocopia de publicación de imprenta del Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA	Enfermedad por medio de transmisión	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
10	Salud Mental	Trifoliar	Temático	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
11	Seguridad alimentaria y nutricional	Presentación de diapositivas	Temático	Estratégicos y tácticos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
12	Salud buco-dental	Presentación de diapositivas	Temático	Estratégicos y tácticos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
13	Enfermedades crónicas y degenerativas	Documento de oficina	Enfermedad	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación

Programa		Existencia y tipo de documento	Objeto o Sujeto de intervención	Objetivos ⁷	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
14	Salud laboral	Documento de oficina	Temático	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
15	Población migrante	No se obtuvo documento	Se desconoce	Se desconoce	Se desconoce	Se desconoce	Se desconoce
16	Medicina transfusional y bancos de sangre	Documento de oficina y presentación de diapositivas	Temático	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
17	Medicina popular tradicional	Publicación de imprenta	Temático	Estratégicos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	No se especifica forma de realizar evaluación
18	Salud reproductiva	Presentación de diapositivas	Temático	Estratégicos y tácticos	Coordinación interinstitucional, coordinación intrainstitucional, preventivo y curativo	No se especifican los recursos para el desarrollo del programa	Se plantean metas e indicadores, y lineamientos generales de instrumentos para la evaluación y monitoreo.
Programas de <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i>, Instancia Nacional de Salud							
1	Comunitario	Lineamientos de programa en publicación de imprenta <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i>	Nivel de intervención	Estratégicos y tácticos	Promoción	Dentro de la publicación se establecen los perfiles y responsabilidades del personal en el desarrollo de los programas, así como ciclo administrativo que rige la propuesta	Dentro de la publicación se establecen lineamientos generales sobre los aspectos que deberán evaluarse y los actores que participarán en la evaluación

Programa		Existencia y tipo de documento	Objeto o Sujeto de intervención	Objetivos ⁷	Estrategias y actividades	Recursos	Evaluación
2	Familiar	Lineamientos de programa en publicación de imprenta <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i>	Nivel de intervención	Estratégicos y tácticos	Prevención y curación	Dentro de la publicación se establecen los perfiles y responsabilidades del personal en el desarrollo de los programas, así como ciclo administrativo que rige la propuesta	Dentro de la publicación se establecen lineamientos generales sobre los aspectos que deberán evaluarse y los actores que participarán en la evaluación
3	Individual	Lineamientos de programa en publicación de imprenta <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i>	Nivel de intervención	Estratégicos y tácticos	Curación	Dentro de la publicación se establecen los perfiles y responsabilidades del personal en el desarrollo de los programas, así como ciclo administrativo que rige la propuesta	Dentro de la publicación se establecen lineamientos generales sobre los aspectos que deberán evaluarse y los actores que participarán en la evaluación

Los documentos de los Programas Técnico-Normativos a los que se tuvo acceso son en su mayoría documentos internos de oficina, no formales, que puede limitar su difusión y por ende sus contenidos serán poco conocidos, tanto dentro del MSPAS, otros entes gubernamentales y en ámbitos no gubernamentales. El sentido etimológico de programa, *anunciar por escrito*, no parece ser lo que orienta los documentos de los documentos programáticos.

Los documentos de los programas, en su mayoría, se dedican a establecer el trabajo del Programa Técnico-Normativo. En otras palabras, los documentos no definen los objetivos y actividades sobre los sujetos/objetos de intervención, más bien establecen las actividades que deben realizarse en aspectos técnico-normativos. Lo anterior se da especialmente en los programas que formulan exclusivamente objetivos estratégicos, en donde las actividades que más se realizan son de coordinación intra e interinstitucional. Ante esto, surge la duda sobre si los programas realmente se están ejecutando en el primer nivel de atención en salud.

Sobre la base de los documentos obtenidos, puede decirse que aquellos que sí *alcanzan* el primer nivel de atención en salud son: el Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles, el componente de discapacidad del Programa de Adulto mayor y personas con discapacidad (sólo en 8 Áreas de Salud), Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades de transmisión por agua y alimentos, Vectores, Rabia y otras zoonóticas, Tuberculosis y Salud Reproductiva. Sin embargo, a partir de la información brindada por funcionarios del MSPAS, algunos otros programas como Salud mental y Seguridad alimentaria y nutricional, desarrollan acciones en algunos lugares.

El formato de los contenidos, establecido en los documentos de programas, no es el mismo. La heterogeneidad en la forma de cómo se bosquejan los objetivos, acciones, metas e indicadores, evidencia que no hay lineamientos generales para la construcción de los programas. Esto último, puede obstaculizar la comprensión y el desarrollo coordinado de los programas.

De las diferencias, observadas entre programas, surge la formulación de cuestionamientos sobre el porqué hay algunos mejor desarrollados que otros, en su exposición escrita, su ejecución en el primer nivel y/o una mayor asignación de recursos. Las diferencias pueden ser dadas por las prioridades que se establecen de salud, así como la participación e intereses de cooperación y organismos internacionales, como es el caso de Vectores, Rabia, Tuberculosis y Salud reproductiva.

Los sujetos/objetos de intervención son de naturaleza distinta. Mientras algunos programas se dedican al trabajo de enfermedades, otros lo hacen sobre los medios de transmisión, sectores poblacionales o desarrollan temáticas. Esto provoca que no haya una complementariedad entre programas, que puede dar lugar a que existan traslapes de actividades (p.Ej. la atención al Adulto Mayor y el abordaje de Enfermedades Crónico-degenerativas) y en el peor de los casos, que existan problemas de salud que no se abordan y que generan vacíos en la atención.

Los pocos programas que establecen objetivos tácticos u operativos, contienen actividades con un carácter curativo, y no toman en cuenta otros tipos de intervención como la prevención y la curación, con lo cual no se responde a las necesidades de realizar una atención en salud integral.

Si bien se expresan objetivos, las acciones propuestas no son coherentes para alcanzarlos. Tal es el caso del Programa de Seguridad alimentaria y nutricional, el cual apenas aborda aspectos de educación, fortificación de alimentos y atención a desnutrición en la niñez, cuando el tema de Seguridad alimentaria y nutricional es más amplio. De la misma manera sucede con el Programa de salud reproductiva, el cual plantea la atención de mujeres y hombres, y componentes como cáncer mamario y prostático, pero los logros obtenidos se limitan a acciones sobre mortalidad materna y planificación familiar (en usuarias).

Los recursos a utilizar no quedan definidos en los programas, y aunque se asume que la responsabilidad de la ejecución debiera ser de las Áreas y Distritos de Salud, las responsabilidades no son explícitas. Así, los programas corren el riesgo de presentarse como un conjunto de intenciones, pues no se aclaran los recursos a utilizar o los responsables de ejecutar las acciones.

A pesar que algunos programas exponen algunas metas e indicadores, las bases o lineamientos generales de cómo se realizará la evaluación, o quiénes son los responsables de hacerla no están expresados. La falta de homogeneidad en la construcción de los programas, también puede impactar en una evaluación poco integral, y dificulta el análisis profundo sobre los resultados obtenidos de los programas. De esta forma, no es posible identificar los aspectos favorables o desfavorables del desarrollo programático, y no se retroalimentan las nuevas planificaciones.

Como se ha expresado en ocasiones anteriores, los programas de la INS están delineados, pero no están contruidos, ni en ejecución. No obstante, la publicación

de su propuesta plantea bases sobre los cuáles han de desarrollarse. El documento contiene análisis que permite entender que los servicios sanitarios se erigen en base a conceptos y cuestiones ideológicas. Las consideraciones expresadas son interesantes, pero a la vez complejas, lo cual puede limitar el acceso a la comprensión de los mismos.

La propuesta de trabajar sobre *niveles de análisis-acción*, es decir en los ámbitos comunitario, familiar e individual, permite observar integralidad en la atención pues conjuga enfoques epidemiológicos de alto riesgo y poblacionales, así como intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Se establecen 7 sub-programas, que son bastante apropiados para el Programa Individual. Queda duda, sin embargo, sobre si serán los mejores sub-programas para los niveles Familiar y Comunitario.

Como dificultad, de los programas de la INS, puede advertirse que los objetivos que se plantean tienen un carácter cualitativo y que implica una evaluación de este tipo. Esto puede ser un problema para las expectativas de mediciones cuantitativas, que se *acostumbran* en el medio de salud.

La implementación de la propuesta aún está en una fase inicial, por lo que no se cuenta con información (cuantitativa o cualitativa) suficiente. Los proyectos piloto se están realizando en áreas no cubiertas por ningún servicio público de salud, por lo que no hay indicadores de salud, y se carecen de datos demográficos confiables. En la medida en que se conozca más sobre las poblaciones de trabajo, será posible establecer de forma concreta objetivos, metas e indicadores cuantitativos.

Quedan claras, en la propuesta de la INS, las responsabilidades del personal que debe ejecutar los programas. Sin embargo, se observa una fuerte carga laboral y persiste la incertidumbre sobre la capacidad real que tendrán los/as trabajadores/as de responder adecuadamente a las demandas.

B. PERSPECTIVAS DE LOS PROGRAMAS

Los resultados sobre las perspectivas que orientan los programas del MSPAS y la INS, se presentan en base al análisis hecho de los documentos, así como de la información provista en las charlas informales sostenidas y las entrevistas a funcionarios del Ministerio, talleres y reuniones de trabajo con los equipos responsables de implementar la propuesta de la INS.

Perspectiva	Programas del MSPAS	Programas de la INS
Concepción de salud	La concepción de salud que rige los programas existentes, es básicamente la concepción biomédica de la salud. Si bien algunos programas comentan que los problemas de salud tienen origen en las condiciones económicas y de vida de la población, la mayoría de las actividades están dirigidas a atajar los problemas desde un enfoque de alto riesgo. El mayor énfasis es en la atención asistencial curativa. Algunos programas proponen acciones de promoción de la salud, pero ésta no se entiende como el trabajo de transformación de condicionantes y determinantes (trabajo de empoderamiento de la población), más bien se utiliza indistintamente con la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC).	Desde un inicio, las bases y lineamientos encontrados en el documento <i>Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente</i>, exponen la necesidad de ampliar el concepto de salud, trascendiendo la concepción biomédica de salud. Argumenta que la salud es un proceso histórico-social, determinado no sólo por los aspectos biológicos humanos, sino también por los procesos productivos, de consumo y socioculturales, que son parte de la categoría de Reproducción Social, la cual utiliza para analizar la salud-enfermedad. Por lo anterior, la Propuesta de la INS define, como parte del quehacer de los servicios de salud, la integración del enfoque de riesgo y el enfoque poblacional; sus tipos de atención son de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Estos enfoques y tipos de atención se encuentran desarrollados en los lineamientos dados para sus programas (Comunitario, Familiar e Individual).
Perspectiva de género	Los programas que hacen referencia al enfoque de género son: Salud mental, Salud reproductiva, Atención Integral a Adolescentes. En el caso de Salud Mental, solamente se menciona el término, pero no se conocen las líneas o actividades en las que se concreta. En Atención Integral a Adolescentes, se realiza un análisis de algunos problemas en donde las mujeres resultan más afectadas, y posteriormente se limita a exponer que el enfoque de género debe incluirse en el desarrollo de las actividades, sin especificar cómo. El Programa de Salud reproductiva, plantea dentro de su Misión la atención a hombres y mujeres en todos y cada uno de las etapas de vida. Sin embargo, sus actividades se enfocan con más intensidad en la atención de las mujeres sobre los componentes de planificación familiar y atención del embarazo, parto y puerperio.	Considera que el proceso salud enfermedad está determinado por las relaciones de género, la forma en que se distribuyen el poder y los recursos. Las necesidades de los hombres y mujeres están diferenciadas no sólo por los aspectos biológicos propios de su sexo, sino también por la forma en que se construyen socialmente, según la persona sea hombre y mujer. Al referirse a género, los lineamientos de programas y subprogramas consideran cruciales las transformaciones sociales en las que la participación y acceso a recursos se den de manera equitativa entre los géneros. En cada uno de los programas y subprogramas, se promueve la reflexión sobre la discriminación por género y la búsqueda de una socialización diferente.

Perspectiva	Programas del MSPAS	Programas de la INS
	De acuerdo los funcionarios del MSPAS entrevistados, el enfoque de género apenas está iniciándose dentro del trabajo. Actualmente se está participando en algunos espacios con la Secretaría de la Mujer de la Presidencia.	
Perspectiva intercultural	Los programas que hacen referencia al enfoque intercultural e interétnico son el Programa de Salud reproductiva y el Programa de Medicina popular tradicional. El primer programa mencionado, si expresa la necesidad de considerar aspectos culturales en sus intervenciones, se limita a la implementación de hospitales culturalmente adaptados. El Programa de Medicina Popular Tradicional, se encuentra en este momento en un etapa con vistas a regular y normar la articulación de los servicios de salud con otros modelos. Asimismo, está dando los primeros pasos para iniciar un proceso de sensibilización del personal. La información provista por los funcionarios del MSPAS dan cuenta que en la actualidad, los servicios no se han construido con un enfoque de pertinencia intercultural. Probablemente el campo de acción en donde más se toman en cuenta los aspectos culturales es en la atención materno-neonatal.	La propuesta de primer nivel de la INS, considera importante identificar los diferentes conjuntos socio-culturales en la población que se atiende, para ofrecer servicios diferenciados. Afirma la existencia de modelos médicos diferentes en la sociedad, con los cuales deben establecerse mecanismos de articulación horizontal. En el caso de la propuesta, y tomando en cuenta el contexto actual, propone una relación de coordinación paralela, a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios y terapeutas comunitarios. Existen enfermedades específicas en las matrices o grupos culturales, que no son tomadas en cuenta por el modelo biomédico dominante, pero que deben incluirse en las construcciones de los perfiles de morbi-mortalidad de la población, y registrarse en la medida de lo posible, pues son problemas de salud que padece la población. Asimismo, advierte que las relaciones interétnicas condicionan el estado de salud de la población. Los aspectos culturales modelan las concepciones, percepciones y prácticas de salud de las personas y grupos, por lo que en el momento de realizar el trabajo, se realizan esfuerzos para comprender los modelos explicativos y tomarlos en cuenta para un abordaje más efectivo. Se propone que el personal de salud, en especial los Agentes de Salud Comunitaria, sean del mismo grupo lingüístico de la comunidad, para evitar barreras idiomáticas.

La concepción biomédica predominante que rige los programas de salud del MSPAS, con un énfasis en lo curativo, supone un abordaje parcial del proceso salud-enfermedad del país. Al no tomarse en cuenta los factores sociales que determinan la salud, los servicios de salud no tratan el origen de los problemas, y no se cumple con la obligación de procurar salud a la población, sino de atender (con limitaciones) la enfermedad. Obviar el elemento social de la salud, construye un sistema de salud que restringe la intersectorialidad y transdisciplinariedad, no promueve el empoderamiento y la participación de la población (que explica la carencia de los procesos de promoción). Con frecuencia, el término *promoción de la salud* es utilizado de manera indistinta con el componente de *Información, Educación y Comunicación* (IEC) que plantean algunos programas.

Al no considerar las diferencias e inequidades generadas por las relaciones de género, los programas del MSPAS no logran abordar de manera diferenciada las necesidades de hombres y mujeres. Para los hombres no existen suficientes acciones para sus problemas de salud más álgidos. En el caso de las mujeres, los problemas de salud que se atienden se limitan a los aspectos reproductivos. Tampoco se observa cuestionamiento sobre las actuales relaciones de género, y los servicios no concretan cómo superar las inequidades generadas.

A pesar de las características pluriculturales, multiétnicas y plurilingües de la población guatemalteca (que otorga modelos, concepciones y prácticas diferentes en salud), los servicios públicos no los toman en cuenta y no están sensibilizados a reconocer su valor; la exclusión y discriminación cultural parecen ser la regla. Esto significa que enfermedades específicas no se registran y no se resuelven, y se excluye la atención de problemas que padecen los habitantes. Por otro lado, el no identificar modelos explicativos diferentes al biomédico, resulta en una aceptación limitada de los servicios de salud.

A diferencia del MSPAS, los programas de la INS, sí toman en cuenta los aspectos sociales, culturales y de género en la construcción de los servicios. No obstante, una atención que incorpore estas perspectivas en su trabajo, implica enfrentarse a diversos problemas de difícil resolución y demanda un período de tiempo prolongado para su transformación.

La concepción social de la salud, implica obligadamente la participación de la población, otros sectores y disciplinas varias, lo cual requiere de esfuerzos mayores, poder político y mayor cantidad y calidad de recursos, con los que no se cuenta fácilmente.

Las iniciativas de mejorar las relaciones entre hombres y mujeres, para impactar positivamente en la situación de salud de toda la población, pueden ser complejas dentro de una población con carácter patriarcal y tradicionalmente *machista*. Incorporar la perspectiva de género, conlleva no pocos riesgos por los conflictos que esto puede ocasionar, y debe ser manejado con mucho cuidado en el trabajo concreto. Asimismo, es necesario que cada trabajador/a de salud interiorice y asuma personalmente este enfoque, pero las resistencias suelen ser muchas y frecuentes.

El desarrollo de servicios con pertinencia intercultural tampoco se encuentra en un camino fácil, pues exige una fuerte sensibilización y autocrítica del modelo predominante de salud, para dirigirse a una relación horizontal con otros, que generalmente se perciben como inferiores. Para un abordaje de la salud, bajo esta perspectiva, deben impulsarse procesos que, además de facilitar la comunicación en su mismo idioma, permitan una mayor comprensión sobre los modelos explicativos de salud existentes, tanto en ámbitos colectivos como individuales.

A pesar de las dificultades expuestas, no queda duda de la necesidad de imprimir a los servicios de salud estas *nuevas* perspectivas. De no hacerlo, el trabajo de salud es poco integral y excluyente, y se *condena* a la población a mantenerse en una situación social y de salud precaria e inequitativa.

La formación del personal en salud es un elemento decisivo para la prestación de servicios adecuados. El modelo educativo y la concepción de salud de las instituciones formadoras, permiten u obstaculizan la capacidad de comprender y abordar, los múltiples procesos sociales y biológicos que afectan la salud-enfermedad. A la larga, la transformación hacia un sistema de salud incluyente dependerá de un recurso humano incluyente.

C.EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS

Sobre la forma en que se ejecutan los programas, la información fue obtenida en base a las entrevistas con informantes clave del MSPAS. Los programas de la INS aún no se están ejecutando, por lo que los resultados son exclusivos para los programas ministeriales. En la tabla siguiente se presentan los resultados obtenidos sobre las categorías de interés inicial para el estudio, sin embargo en las entrevistas se hicieron reseñas sobre otros aspectos relevantes, las cuales también se incluyen.

Categorías	Informantes clave			
	Unidad de Planificación Estratégica	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas	Dirección de Área de Salud, Ixil, Quiché	Dirección de Área de Salud, Escuintla
Conocimiento de los programas	Conoce los programas existentes, ya que esta Unidad participa en la formulación del Plan Nacional de Salud, en donde se formulan las políticas y programas. Sin embargo, no ha tenido acceso a los documentos que contienen sus objetivos. Para esta Unidad, es de gran relevancia conocer la Visión y Misión de cada uno de los Programas.	Conoce los programas existentes, ya que es en este Departamento en donde se revisan y actualizan las normas de Programas de Atención a las Personas.	Se reconocen algunos de los programas prioritarios, que son los que se desarrollan en los servicios de salud a su cargo. Sin embargo, muchos otros no se han integrado al trabajo del Área. No se conoce ningún documento con los objetivos o actividades principales de los Programas, a excepción de los Manuales de Referencia para la aplicación de las Normas de Atención. En muchos casos no se cuentan con indicadores ni metas para los programas.	Se conocen los Programas de Atención a las Personas del MSPAS, pero son sólo algunos de ellos los que se desarrollan en el Área de Salud. El Área no ha tenido acceso a ningún documento de los programas, y se desconocen los objetivos de los mismos. El Área, por su cuenta, define objetivos operativos para los programas en ejecución; los objetivos operativos formulados no son conocidos por los programas técnico-normativos. Pareciera que los programas plantean intenciones, pero no hay acciones coherentes para alcanzarlos.
Coordinación entre programas	Los programas deben coordinarse mejor. Para esto, se propone que el Programa de Salud reproductiva sea un programa marco que abarque o incluya a los demás. Asimismo, debe fortalecerse la coordinación entre la	No puede afirmarse que se haya logrado una verdadera coordinación entre programas. Las iniciativas actuales están dirigidas a definir el Programa de Salud Reproductiva como eje central en la prestación de servicios, ya que es el que abarca el ciclo de vida para de	La experiencia del Área es que previamente se sostenían reuniones con los programas, de manera dispersa. Desde hace 3 meses se normaron los canales de conducción, definiendo 1 reunión mensual con entre el Director de Área, la Unidad de Supervisión,	Falta interacción entre los programas desde el Nivel Central, ya que las acciones si se coordinan y ejecutan de manera más programada en las Áreas y Distritos. Existe un claro divorcio entre lo que se traza desde el Nivel

Categorías	Informantes clave			
	Unidad de Planificación Estratégica	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas	Dirección de Área de Salud, Ixil, Quiché	Dirección de Área de Salud, Escuintla
	Unidad de Planificación Estratégica y el Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas.	la persona. Los demás programas se adecuarían a éste. Los contactos entre los programas técnico-normativos con las Áreas se dan cuando éstas lo solicitan.	Monitoreo y Evaluación, y los programas que se requieran. Se necesita una mayor comunicación interprogramática, aunque la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) ha logrado coordinar componentes de algunos programas como infecciones respiratorias, y enfermedades transmitidas por agua y alimentos. Los programas con los cuales se coordina más son Salud Reproductiva, Tuberculosis, Inmunoprevenibles y la estrategia AIEPI.	Central y lo que es posible hacer en la realidad. Muchos programas y sus componentes no se ejecutan en las Áreas y Distritos de salud, aunque <i>en papel</i> los programas sí los establecen. Los programas técnico normativos parecieran que no analizan la información que se producen en las Áreas. Tampoco definen los recursos que se necesitan para la ejecución. No existe programación de actividades de capacitación, entre los programas técnico-normativos y el Área. Los programas con los cuales se coordina mejor son Enfermedades transmitidas por vectores, Transmitidas por agua y alimentos, Inmunoprevenibles, Transmisión sexual, Infecciones respiratorias, Tuberculosis, y Seguridad Alimentaria y Nutricional.
Contexto de	No todos los programas se	Como obstáculo, en el	Los programas con quienes	Un aspecto valioso sobre los

Categorías	Informantes clave			
	Unidad de Planificación Estratégica	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas	Dirección de Área de Salud, Ixil, Quiché	Dirección de Área de Salud, Escuintla
ejecución	desarrollan satisfactoriamente. Los aspectos que dificultan el desarrollo de los programas son los recursos insuficientes, la falta de claridad sobre la misión, visión y objetivos de los programas, y que no hay una sociedad fortalecida que participe. Lo que permite la ejecución es el personal existente que tiene la voluntad de trabajar.	desarrollo de los programas, se cuenta que el Departamento de Regulación hace su trabajo sólo en el aspecto técnico-normativo, pero hay una pérdida en la continuidad con la ejecución. Por lo mismo es necesario que se modifique su papel y tenga mayor participación en las Áreas de Salud. Otro problema es que la planificación y ejecución se realiza de manera muy sectorial, no hay visión global. Se necesita una mayor participación social.	hay mejor coordinación, son de hecho los que responden a las necesidades del Área. Los principales obstáculos son la deficiencia cualitativa y cuantitativa del recurso humano, necesidad de información, falta de agilidad y flexibilidad en aspectos financieros.	programas es que se cuenta con normas de atención, que permiten un mejor desarrollo del trabajo. Los obstáculos más importantes son: el desconocimiento en la creación de los programas (en aspectos técnicos, de estructura y financiamiento) y problemas de tipo político en el desarrollo de los programas.
Otras categorías o variables sobre las cuales se comentaron				
Evaluación	El responsable de la evaluación de los programas, debiera de ser la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME), pues allí se recibe la información.	La evaluación ha sido siempre una debilidad dentro del MSPAS, y es necesario fortalecerla. Los responsables de realizarla, según el reglamento 115-99 son USME y el Departamento de Regulación. En especial, la evaluación del impacto no se realiza, bajo el pretexto que es de muy largo plazo.	La evaluación se está coordinando con USME. La información epidemiológica se envía al sistema central de información, pero también la solicitan paralelamente los programas de Tuberculosis y de Inmunoprevenibles.	La evaluación por programas, se realiza en el Área de acuerdo a los objetivos operativos que se han planeado.
Tipos de	El aspecto preventivo no ha	La prevención todavía tiene	En teoría los programas	La escasez de recursos y

Categorías	Informantes clave			
	Unidad de Planificación Estratégica	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas	Dirección de Área de Salud, Ixil, Quiché	Dirección de Área de Salud, Escuintla
atención	sido suficientemente desarrollado.	un perfil bajo.	parecen tener un fuerte énfasis preventivo, pero en la ejecución se realizan más las actividades curativas.	tiempo limitan las acciones de prevención, por lo que casi siempre se limitan a lo curativo.
Recomendaciones	Mejorar la claridad de la Misión, Visión y objetivos de los programas. Estimular la participación de la sociedad.	Las metas deben ser construidas y negociadas con las Áreas, para que haya un mayor compromiso de todos los actores. Es necesaria una mejor articulación de los programas con las Áreas.	Conocer los programas, sus objetivos, metas e indicadores. Mejorar el sistema de registro, para que exista un solo instrumento de monitoreo, y para que se pueda hacer una evaluación integral. Debe mejorarse la comunicación interprogramática.	Los programas técnico-normativos deben tener una estructura y financiamiento propios. Deben establecerse relaciones para el consenso, entre los actores de los programas. Los objetivos, metas e indicadores debieran ser una construcción colectiva. Es necesaria la investigación, para poder tener información. Idealmente el recurso humano de los programas técnico normativos debiera dedicarse a tiempo completo, y los cargos debieran ser asignados a través de procesos de oposición. Mejorar los presupuestos y asignación de recursos para la ejecución.

Las reflexiones y comentarios ofrecidos por los funcionarios del MSPAS, respaldan en cierta medida la discusión y análisis elaborados en líneas anteriores, en diversos aspectos como el desconocimiento de los objetivos, la falta de coordinación entre programas y entre las estructuras del MSPAS, la no incorporación de las perspectivas de género e interculturalidad, el énfasis en acciones curativas y enfoque biomédico de la salud, dificultades en la ejecución y la evaluación de los programas.

El desconocimiento de los objetivos y actividades principales de los programas, se da tanto en estructuras del Nivel Central y del Nivel Ejecutor del MSPAS. El problema no radica únicamente en la poca difusión de los programas, sino que evidencia una gran dispersión en los procesos de planificación, y falta de coordinación en el desarrollo programático. Al final, el conocimiento de los programas se limita a los equipos técnico-normativos que los formulan. Por otro lado, el nivel técnico-normativo no tiene mecanismos de seguimiento al nivel ejecutor, con lo que se ignoran los resultados de la ejecución de los programas. Lo anterior no favorece la identificación de obstáculos o aspectos positivos de las acciones, por lo que el programa no se mejora ni reformula según la realidad concreta en la que se trabaja.

Las diferentes etapas de planificación de los programas y servicios de salud del MSPAS, se desarrollan en estructuras y niveles diversos, pero no existe una clara definición de las responsabilidades ni de la forma en que deben coordinarse entre sí. Lo mismo sucede con el aspecto de control, pues entre sí se desconocen quiénes deben llevar a cabo la evaluación y supervisión de las actividades programáticas. También es importante observar que la información que se genera en el nivel ejecutor, a pesar que alimenta un sistema de información, no parece retroalimentar a las estructuras participantes.

Son muchas las dificultades identificadas en el desarrollo de los programas, pero en especial se mencionan la carencia de recursos (con mayor importancia en el Nivel Ejecutor). Vale mencionar que los programas que se desarrollan de manera prioritaria, responden hasta cierto punto a los problemas más sentidos de salud que presentan las Áreas. La ejecución de los programas depende en mucho, de la *voluntad política* y creatividad de las Áreas, para resolver los problemas que se presentan.

VIII. PROPUESTA PROGRAMÁTICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

A. INTRODUCCIÓN

La presente construcción programática se ha elaborado, para su uso en la implementación de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos-* de la Instancia Nacional de Salud (INS), tomando los aportes de los equipos de implementación de la propuesta, por lo que es producto de un esfuerzo colectivo.

Los apartados siguientes contienen el Programa Comunitario, el Programa Familiar, el Programa Individual, una matriz de prioridades según los programas y subprogramas, así como la estructura organizativa necesaria para el desarrollo de las actividades.

La propuesta de la INS posee una base conceptual y lineamientos operativos que parten de tres pilares o perspectivas fundamentales a saber:

- **La salud como derecho ciudadano.** La salud es conceptualizada desde su dimensión social y política, asumiéndola como un derecho humano y por lo cual es obligación del Estado garantizarle salud a la población. Además de brindar servicios de continuos y de calidad a la población, las acciones sanitarias deben promover la participación ciudadana y fortalecer el control por parte de la sociedad.
 - **Interculturalidad.** La sociedad se ha reconocido como multicultural, pues en ella hay varias matrices culturales, que conlleva cosmovisiones distintas, concepciones de salud, enfermedades, conocimientos y prácticas particulares de modelos de salud diferentes al biomédico hegemónico. Para la INS la interculturalidad no se trata únicamente de reconocer o permitir la coexistencia de estos modelos diferentes. Trascendiendo lo anterior, implica la promoción sistemática y gradual, desde el Estado y la Sociedad Civil, de espacios y procesos de interacción positiva, en donde se construyen relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate. Incluye además, establecer líneas para el aprendizaje e intercambio, regulación pacífica del conflicto, cooperación y convivencia, sobre principios de ciudadanía, derecho a la diferencia y de unidad en la diversidad.
-

-
- **Perspectiva de Género.** La perspectiva de género analiza las construcciones históricas y sociales, en torno al sexo de las personas, así como las inequidades que se producen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Los principales elementos de la perspectiva de género son: a) el reconocimiento de la diversidad de géneros y de la existencia de mujeres y hombres, y b) la crítica explícita a los aspectos opresivos de la organización social patriarcal, basada en la desigualdad y jerarquización política de las personas según su género.

Los servicios de salud deben atender riesgos y enfermedades que se expresan de manera biomédica, pero debe reconocerse el carácter social de la salud y, por lo tanto, trabajar sobre sus condicionantes y determinantes. Para esto último, se utiliza en el análisis la categoría de *Reproducción Social*. La reproducción social tiene un carácter histórico y es un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad. Para su entendimiento se divide en: reproducción material, que incluye los procesos de producción y consumo, y la reproducción cultural, que se refiere a los procesos socio-culturales. La división en procesos de producción, consumo y socio-cultural facilita la comprensión, pero se hace la salvedad de la estrecha relación que existe entre los tres. Cada uno de los procesos media y afecta al otro.

En ocasiones se utilizan los términos *procesos de producción* y *proceso laboral* de manera indistinta; de la misma forma se hace con *procesos de consumo* y *condiciones de vida*. En el caso de procesos socio-culturales, son muchos los elementos que deben tomarse en cuenta, pero se le otorga una especial relevancia a las relaciones interculturales. De igual forma algo que resulta básico comprender y abordar en las acciones de salud es el aspecto de género, pues las formas en que se relacionan los hombres y mujeres, el poder, roles y estatus que se asignan, son por lo general fuente de inequidades que afectan a la población en general, pero de forma más álgida a las mujeres.

De acuerdo a los procesos de reproducción material y cultural, la exposición a riesgos y la satisfacción de necesidades pueden ser particulares, resultando en procesos de salud-enfermedad específicos para los grupos. Con lo anterior, es posible identificar distintos *conjuntos socio-culturales* que reproducen condiciones y acciones sociales, económicas, culturales y políticas, con un perfil de morbi-mortalidad que los caracterizan.

La reproducción social se expresa y visibiliza en los niveles identificados como de *análisis-acción*, y que son el comunitario, el familiar y el individual. Así, los programas se formulan sobre dichos niveles, conjugando los enfoques epidemiológicos de *alto riesgo* y *poblacional*, incluyendo los tipos de atención de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Existe un programa para cada nivel de análisis-acción, que no deben verse aislados o independientes entre sí. La comunidad, las unidades domésticas y las personas, facilitan el abordaje y trabajo con la población, pero al final son las mismas personas las que se relacionan en un nivel a otro. El éxito de estos servicios de salud, depende del desarrollo simultáneo y coordinado de los 3 programas. Por la relación estrecha existente entre los niveles, las acciones ejecutadas, riesgos y potencialidades en uno, tienen efectos sobre los otros dos; con lo que ciertas acciones no puedan ser distinguidas categóricamente como parte de uno u otro programa.

En el intento de sintetizar los programas, puede plantearse lo siguiente: El Programa Comunitario realiza un mayor trabajo de promoción de salud, facilitando el empoderamiento comunitario; el Programa Familiar se sostiene sobre visitas familiares y tiene un carácter más preventivo, al identificar y trabajar sobre factores de riesgo y protectores en la unidad doméstica; el Programa Individual tiene un abordaje curativo, y sus acciones se realizan en espacios clínicos. No obstante los énfasis de la atención en los programas, cada uno de ellos incluye elementos de otros tipos de atención.

Cada programa tiene 7 subprogramas de salud que son: Infantil, Niños y niñas, Adolescentes, Mujeres, Hombres, Personas adultas mayores y Medio ambiente/Madre naturaleza. Para los programas y subprogramas, se han establecido las necesidades de atención que se consideran prioritarias, con la flexibilidad que en el trabajo con la comunidad, las familias y los individuos dichas prioridades necesiten reformularse de acuerdo al contexto local.

Para el logro de los objetivos planteados en cada programa es necesaria la ejecución de actividades, así como la determinación de las responsabilidades dentro de la estructura organizativa. En otras palabras, resulta imperativo que se asignen funciones a los miembros de los equipos que trabajan en los servicios de salud, los Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) y los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS). Los EAPAS comprenden a un Coordinador/a, Enfermero/a graduado/a, Animador/a psico-social, Animador/a comunitario,

Técnico/a dental, Secretario-digitador/a y Contador/a-logista. Los ECOS están conformados por los Agentes de Salud Comunitaria (ASC).

B.PROGRAMA INDIVIDUAL*

1. CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ANÁLISIS-ACCIÓN INDIVIDUAL

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

Resulta crucial conocer las características biológicas de la persona, ya que la enfermedad afecta órganos o sistemas del cuerpo. La clínica y la epidemiología muestran que los riesgos y las afecciones de salud se comportan de manera diferente según la etapa del ciclo de vida o sexo de la persona, su estado nutricional o características genéticas, entre otras. Sin embargo, es necesario hacer algunas observaciones al respecto, dado que en muchos de los problemas de salud individuales se involucran otros factores como sus estrategias de reproducción social, e incluso son éstas las que pueden determinar las características biológicas. Es la misma epidemiología la que ha reconocido la existencia de enfermedades ocupacionales, de la pobreza y de la riqueza.

Los procesos de producción o inserción laboral conllevan por sí mismos riesgos y enfermedades. Según el trabajo y sus condiciones ambientales, las personas están expuestas a peligros y enfermedades específicas. El trabajo doméstico incorpora cargas y exposición a riesgos, diferentes al trabajo agrícola; también se entiende que el trabajo con venta de mano de obra de por medio no es lo mismo que el trabajo para autoconsumo o comercio propio. Además, son los procesos productivos los que generan servicios, ingresos o recursos utilizados para el consumo, siendo este último un condicionante para la reparación del desgaste experimentado.

* Este Programa se ha construido tomando como referencia principal los contenidos de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos-* de la Instancia Nacional de Salud, publicado en febrero de 2002.

En los procesos de consumo, las personas están sujetas a elementos y condiciones de vida que afectan positiva o negativamente su salud. Una buena alimentación, educación, descanso y recreación son benéficos para la salud, pero las carencias o excesos pueden resultar dañinos. Algunos ejemplos de elementos perjudiciales de consumo son la utilización de sustancias adictivas, la ingesta de agua o alimentos contaminados, la exposición a plaguicidas y utilización de detergentes, entre otros.

En el nivel individual es crucial la consideración de los factores socio-culturales. Lo que una persona concibe como salud, la forma en que percibe su enfermedad, su camino de enfermo, prácticas de autocuidado y autoatención, obedecen a su percepción del mundo, las experiencias de vida, su religión o espiritualidad, es decir que la lógica socio-cultural propia moldea su salud. Por otro lado, una persona padece enfermedades específicas de su cultura, que lamentablemente se ignoran y desprecian cuando no concuerdan con las enfermedades occidentales establecidas, y por lo tanto no son registradas por el modelo biomédico dominante.

Una mujer tiene riesgos y morbilidad diferentes al de un hombre, así como un niño padece de forma distinta a un adolescente, pero cabe señalar que estas variaciones no son dadas únicamente por cuestiones de sexo o etáreas, sino que también se definen por el tipo de relaciones de género o generacionales que se construyen socialmente. Los roles y estatus tradicionalmente asignados a la mujer y al hombre, y por edad, condicionan en gran medida el tipo de trabajo realizado, el acceso a recursos y servicios, y la participación en la toma de decisiones en diferentes espacios, que al final potencian o perjudican la salud de la persona.

Por último, no debe olvidarse que cada ser humano se desenvuelve en espacios colectivos como la familia y la comunidad; esto implica que cada persona, saludable o enferma, afecta correspondientemente los grupos en los que participa. A su vez, la situación familiar o de su comunidad genera en el individuo un ambiente positivo o de riesgo para su salud.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

Brindar asistencia clínica integral, continua y de calidad, para la resolución o disminución de problemas y riesgos de salud presentes en las personas.

3. ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El Programa Individual reconoce que los problemas de salud que padece la persona provienen de la conjugación de elementos varios y, por lo tanto, se brinda una

atención clínica integral, tomando en cuenta el carácter multidimensional de la persona, su inserción laboral, condiciones de vida y lógicas socio-culturales. Se identifican los riesgos y potencialidades de cada quien, según su acceso a recursos, prácticas y conocimientos, y su participación en espacios colectivos.

En la atención del nivel individual es posible encontrar percepciones disímiles sobre la enfermedad, por parte del paciente y el terapeuta. Así, las relaciones que se establezcan entre los actores deberán basarse en la confianza, y orientarse a la comprensión del otro, la tolerancia y el respeto. El espacio clínico se transforma en un proceso de negociación que permite la potenciación de los factores protectores, disminución de los riesgos y resolución efectiva de los problemas.

Se ejecutan acciones sanitarias de prevención-curación-rehabilitación que integran recursos sanitarios institucionales y comunitarios con pertinencia intercultural, perspectiva de género, asistencia clínica continua y de calidad. Según los problemas encontrados, los servicios de salud y los pacientes establecen acciones de referencia y contrarreferencia, tanto hacia niveles superiores de atención con mayor capacidad resolutive, como a terapeutas de sistemas de salud culturales diferentes.

La identificación de problemas en la persona alerta sobre riesgos para su familia y comunidad. Asimismo, se intenta conocer la forma en que las dinámicas familiares y comunitarias influyen en la salud individual, que amerite intervenciones y/o seguimiento en estos otros niveles

La detección de problemas en el ámbito individual y comunitario, posiblemente necesite un seguimiento dentro del espacio familiar. Según su naturaleza, existirán problemas observados en las familias que pueden ser abordados en el espacio comunitario o individual. El trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas comunitarios y otros niveles de atención en salud que comprenden acciones de referencia y contrarreferencia.

4. RESULTADOS Y ACTIVIDADES

Resultados ⁸	Actividades
a. Se han detectado los problemas de salud de la persona y se conocen los modelos explicativos sobre éstos, y las acciones de resolución se acuerdan conjuntamente entre paciente y terapeuta.	• Brindar asistencia clínica integral a partir de la morbilidad motivo de consulta. • Conocer el modelo explicativo del paciente o sus familiares sobre el proceso mórbido que se padece, así como la autoatención recibida y el camino recorrido para resolver su problema. • Acordar con el paciente y sus familiares las acciones curativas a seguir, así como otras que aumenten su capacidad de autoatención. • Realizar referencia-contrarreferencia con el centro de referencia, terapeutas comunitarios u otros niveles más especializados según sea el caso (Ej.: hospital regional o departamental). • Dar seguimiento especial por parte del Programa Familiar o Comunitario, en el caso que se requiera. • Contribuir al sistema de vigilancia en salud utilizando apropiadamente la ficha clínica o individual para alimentar el sistema de información y el conocimiento sobre los modelos explicativos locales.
b. Se han detectado riesgos de condiciones de vida, laborales y socio-culturales, que afectan a la persona, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado	• Indagar el conjunto de riesgos a los que puede estar expuestos la persona que consulta y buscar específicamente las prioridades/riesgos definidos como parte del programa individual. • Conocer la forma como se afrontan estos riesgos y sugerir diferentes formas de prevención para los que se consideren más importantes. • Dar seguimiento especial por parte del programa familiar de salud, en el caso que se detecte algún riesgo que así lo requiera.
c. Se realizan referencias y contrarreferencias a niveles superiores de atención institucionales, así como a organizaciones y terapeutas de modelos de salud diferentes.	• Establecer coordinación con centros hospitalarios o centros de salud de la región, con el fin de establecer las condiciones para una efectiva referencia-contrarreferencia. • Conocer las redes de terapeutas comunitarios y fortalecer los niveles de coordinación para la referencia y contrarreferencia.

⁸ Todos los programas se relacionan y retroalimentan el Sistema de Vigilancia de la Salud Socio-cultural, que tiene como componentes la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud y los análisis de situación en salud socio-cultural.

C.PROGRAMA FAMILIAR*

1. CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ANÁLISIS-ACCIÓN FAMILIAR

Las condiciones y procesos que se desarrollan en la familia o unidad doméstica⁹ son importantes para la acción en salud. Es en este ámbito donde se reproducen y manifiestan las condicionantes y determinantes sociales, así como factores de riesgo y de protección que influyen, no sólo en el proceso salud-enfermedad, sino también en las acciones de prevención y respuesta de los miembros de la familia, tanto como individuos y como grupo.

Las unidades domésticas pueden ser complejas en la medida que cada una presenta diferencias entre sus integrantes, al mismo tiempo que éstos comparten concepciones y acciones. Asimismo, es posible encontrar variantes y similitudes entre familias diversas según sus estrategias de reproducción social. Aún cuando las unidades domésticas pertenezcan a una misma comunidad, existen variables y lógicas de funcionamiento que las hacen más similares unas de otras o las distingue, y que permite reconocer conjuntos socio-culturales dentro de dicha comunidad. Los servicios de salud deben ser capaces de identificar esta diferenciación e intervenir de acuerdo a las características familiares particulares de cada conjunto socio-cultural.

Cada unidad doméstica tiene una lógica y dinámica propia que depende de elementos varios. Inicialmente pueden mencionarse aspectos como la estructura y ciclo vital de la familia, que permiten establecer quiénes y cuántas son las personas que componen el grupo doméstico, sus características, las relaciones de parentesco existentes, los estatus y roles asignados a cada miembro. Si bien el término *familia* remite a la noción tradicional de familia nuclear (padres e hijos/as), es necesario considerar que dentro de una vivienda suelen encontrarse familias ampliadas en donde participan otras personas como pueden ser los abuelos, tíos y primos, entre otros. Por otro lado, también habrá de reconocer el ciclo de vida de la familia, pues

* Este Programa se ha construido tomando como referencia principal los contenidos de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos-* de la Instancia Nacional de Salud, publicado en febrero de 2002.

⁹ El término *familia* se utiliza para permitir una comprensión más sencilla de lo que este nivel comprende. Sin embargo, vale señalar que este Programa trabaja con los miembros que conforman la *unidad o grupo doméstico*, en el cual los miembros de dicho grupo no son exclusivamente familiares, pero que al encontrarse en un espacio común como la vivienda, comparten estrategias de reproducción social y establecen relaciones de convivencia.

no es lo mismo compartir con una familia que empieza a formarse (como las parejas que inician su convivencia marital) a encontrar familias más maduras en donde los hijos/as ya son mayores.

En el intento de comprender las relaciones y condiciones domésticas, no deben pasarse por alto los procesos de producción y consumo. Las actividades laborales realizadas, por sí mismas, presentan riesgos específicos para la familia según el trabajo desarrollado, que resultan en un perfil de morbilidad y mortalidad para el grupo. Asimismo, es a partir de los procesos productivos que se generan ingresos, recursos y servicios utilizados por la familia; en el análisis es valioso incluir otros elementos, por ejemplo si la producción se da en/con medios propios o si existe una remuneración por relación patronal, si los servicios o productos son para el consumo familiar o utilizados para el comercio y la venta. La división sexual del trabajo tiene sus implicaciones propias; se hace énfasis en el trabajo doméstico asumido por las mujeres, quienes también participan en otros trabajos como podrían ser el agrícola, artesanal, comunitario o de comercio, que les representan múltiples jornadas laborales.

La vivienda, en la que se ubica el grupo doméstico, es un elemento de sus condiciones de vida que afecta la salud, y dentro de la cual se observan sus características físicas y de saneamiento, presencia de sustancias venenosas, ubicación en lugares de riesgo, etcétera. El consumo está limitado o potenciado por lo generado en la familia, pero también depende de los servicios y recursos a los que se pueda tener acceso dentro o fuera del ámbito comunitario, como los servicios de salud y educación, vías de comunicación, agua, energía eléctrica y demás, en donde la intervención estatal y organización comunitaria juegan un papel preponderante.

El componente socio-cultural es crucial en la definición de las dinámicas y actividades familiares. El grupo cultural al que se pertenezca, las relaciones entre hombres y mujeres, las relaciones entre generaciones y por parentesco, la religión y la ideología política a las que se adscriben sus miembros, pueden ser algunos elementos que delinear el tipo de actividad productiva que se realiza, la utilización, distribución y administración de los recursos, la participación, roles y estatus asignados a los integrantes.

Las lógicas socio-culturales también median la situación de salud de cada familia, su concepción de salud, los riesgos y enfermedades presentes, así como la percepción y afrontamiento de éstos. A la par de la producción y el consumo, lo

socio-cultural puede definir el camino del enfermo, las prácticas de *autocuidado*¹⁰ y *autoatención*¹¹.

La unidad doméstica es fuente de salud o enfermedad para cada uno de sus miembros, a la vez que la situación de salud de cada integrante afecta su entorno familiar. Algunos ejemplos a mencionar son: el caso de una persona con tuberculosis que pone en riesgo de contagio a sus parientes, un padre violento que agrede a su esposa e/o hijos, la presencia de un allegado alcohólico, o un adulto mayor que padece enfermedades degenerativas o discapacitantes. La detección de problemas (como los mencionados) es crucial para una atención en salud efectiva. La identificación de familias que necesitan de seguimiento y acompañamiento más estrechos, se decide sobre la vulnerabilidad de uno o varios de sus miembros, como podrían ser los niños pequeños o las mujeres embarazadas.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

Reducir los problemas y riesgos de salud y fortalecer los factores protectores de las unidades domésticas.

3. ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El Programa Familiar toma en cuenta el carácter multidimensional de la salud. Intenta comprender la estructura y los procesos de reproducción social que se dan en la familia (productivos, de consumo y socio-culturales), que determinan la dinámica y relaciones familiares, las vulnerabilidades, los riesgos domésticos y ocupacionales a los que se expone, las enfermedades y la mortalidad de sus integrantes. Asimismo, reconoce sus potencialidades según sus recursos, las prácticas y sabidurías de protección, para minimizar los riesgos y resolver sus problemas de salud.

Se establecen relaciones de confianza y respeto entre las familias y los servicios de salud, y se desarrollan acciones preventivas-curativas-rehabilitación desde sus matrices culturales. En las visitas domiciliarias es posible advertir los factores de riesgo y de protección de este nivel, y se brinda consejería y apoyo permanente, integral, adecuado psico-socio-culturalmente y con perspectiva de género. Cada familia posee particularidades y problemáticas dictadas por variables diversas, y es

¹⁰ Autocuidado se refiere a las prácticas de promoción y prevención que se realizan en el ámbito doméstico.

¹¹ Autoatención se refiere a las prácticas de curación y rehabilitación que se realizan en el ámbito doméstico, cuando alguno de sus miembros enferma.

en base a éstas que se dispensarizan y realizan acciones sanitarias que fortalezcan sus capacidades de protección, una mayor participación de los integrantes dentro de la unidad doméstica y en los espacios comunitarios.

La detección de problemas en el ámbito individual y comunitario, puede tener un seguimiento dentro del espacio familiar. Asimismo, problemas observados en las familias que pueden ser afrontados en el espacio comunitario o individual. El trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas comunitarios y otros niveles de atención en salud que comprenden acciones de referencia y contrarreferencia.

4. RESULTADOS Y ACTIVIDADES

Resultados ¹²	Actividades en visitas familiares
a. Se ha caracterizado a la familia, a partir de variables y de la comprensión de sus lógicas particulares de funcionamiento, para el reconocimiento de conjuntos socio-culturales.	• Realizar censo poblacional a partir de las variables que interesan para la identificación de conjuntos socioculturales y el trabajo de salud pública que se realiza. • Analizar la distribución comunitaria (croquis), de los diferentes grupos familiares que conforman los conjuntos socioculturales. • Analizar, especificar y comparar las lógicas de las familias que integran a los diferentes conjuntos socioculturales, a partir de: - Formas de estructuración familiar - Dinámicas, roles y relaciones internas - Estrategias de reproducción en general - Autoatención, caminos del enfermo y autocuidado. - Formas de participación comunitaria: redes, comités, otros. • Dar seguimiento a las familias a través de la visita familiar, actualización permanentemente los datos de la ficha familiar.

¹² Todos los programas se relacionan y retroalimentan el Sistema de Vigilancia de la Salud Socio-cultural, que tiene como componentes la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud y los análisis de situación en salud socio-cultural.

Resultados¹²	Actividades en visitas familiares
b. Se han detectado riesgos de condiciones de vida, laborales y socio-culturales que afectan la salud de la familia, y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado.	• Dispensarizar a las familias según clasificación a partir de riesgos priorizados en censo y ficha familiar. • Conocer las actividades laborales, domésticas y conceptos/prácticas socioculturales para la identificación de riesgos presentes en los miembros y en la unidad familiar. • Intercambiar experiencias y modalidades prácticas de autocuidado, fortaleciendo las capacidades familiares. • Dar seguimiento durante las visitas familiares a los riesgos priorizados y medidas aplicadas en conjunto con la familia.
c. La familia ha identificado oportunidades y alternativas que fortalecen su capacidad de autoatención y caminos del enfermo, de acuerdo a sus estrategias de reproducción social.	• Conocer los modelos explicativos y prácticas de autoatención y caminos del enfermo de las familias, reconociendo fortalezas y debilidades. • Brindar insumos en el intercambio de experiencias sobre autoatención y caminos del enfermo, mejorando dichas prácticas. • Definir un plan de emergencia familiar ante una emergencia de salud o de otra índole, en coordinación con el programa comunitario y las redes/organizaciones comunitarias.
d. Se han identificado enfermedades padecidas por los miembros de la familia, a los cuales se da seguimiento, tratamiento o rehabilitación.	• Identificar enfermedades durante visita familiar y de acuerdo a lo que sea y su riesgo tratar o referir a casa de salud comunitaria, centro de referencia o terapeuta comunitario. • Dar seguimiento a personas enfermas o en rehabilitación, profundizando en aspectos de autoatención o autocuidado. • Dar seguimiento a personas enfermas o en riesgo identificadas durante la consulta en el programa individual.
e. La familia ha desarrollado una mayor capacidad de resolución y apoyo en crisis por disfunción familiar.	• Identificar problemas familiares que causan crisis en el funcionamiento de ésta. • Clarificar el tipo de problema y planificar en conjunto con la familia una resolución a este, tomando en cuenta las capacidades/recursos institucionales, comunitarios y familiares.

Resultados¹²	Actividades en visitas familiares
f. Se han promovido cambios para una mejor distribución y diversificación de responsabilidades y recursos, y una mayor participación de todos los miembros de la familia, con énfasis en las relaciones de género.	• Conocer y comprender las lógicas de funcionamiento de las familias e identificar diferencias según conjunto socio culturales. • Identificar los procesos críticos que más afectan a las familias y priorizarlos. • Planificar medidas de intervención según priorización realizada, especialmente en este programa y se articula/orienta a los programas familiar y comunitario.
g. Se ha fomentado la participación efectiva de los miembros de la familia en los espacios comunitarios.	• Identificar las principales modalidades/estrategias de intervención comunitaria por parte de las familias y sus miembros, teniendo como referencia los conjuntos socioculturales. • Realizar mapeo de familias según su intervención en redes, comités u otros tipos de organización comunitaria. • Identificar fortalezas y limitantes que se tiene a nivel de la familia para incorporarse a labores colectivas o comunitarias. • Realizar un plan o tareas de fomento a la mayor intervención comunitaria por parte de las familias según fortalezas-limitantes analizadas

D.PROGRAMA COMUNITARIO*

1. CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ANÁLISIS-ACCIÓN COMUNITARIO

En el desarrollo de este programa, el nivel comunitario se refiere a una colectividad que habita en un área geográfica delimitada y que comparte el mismo contexto histórico-social local. Dependiendo de esto, lo que se llama comunidad puede ser aldea, caserío, cantones, paraje u otros, que se ubican en el espacio municipal.

El trabajo en salud no puede eludir el trabajo con la comunidad, ya que es en ésta en donde se expresan y reproducen muchas de los condicionantes-determinantes de la salud/enfermedad. Cada una de las comunidades refleja, de manera particular y contextualizada localmente, procesos generales que acontecen en niveles más amplios del país, como los municipales y nacionales. El hecho de encontrar a una

* Este Programa se ha construido tomando como referencia principal los contenidos de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos-* de la Instancia Nacional de Salud, publicado en febrero de 2002.

población dentro de un mismo espacio, supone identificar formas más o menos estables, de cómo se relaciona y articula un colectivo con su entorno (municipal, departamental, regional o nacional). La comunidad también es un nivel que media las relaciones de las personas y las familias con los espacios externos más amplios.

El territorio que comparte la población implica a su vez, estar sujeta a un marco de opciones común como podrían ser el ambiente y recursos naturales a los que se tiene acceso. Este marco de opciones limita o favorece las alternativas que se tienen, para la producción y el consumo.

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

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

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

En la esfera productiva, son muchos los aspectos que influyen en la comunidad, como las actividades económicas predominantes, la existencia y tipo de migración laboral, el mercado local y su relación con mercados externos, la propiedad de la tierra y otros medios de producción. Éstos son algunos de los elementos que afectan la salud de la población, al mismo tiempo que definen los tipos y formas de organización social (como cooperativas, movimiento campesino, organizaciones laborales, entre otros) y sus demandas colectivas (p.Ej. acceso a tierra y propiedad, mejoras en salarios y situación laboral, créditos, etcétera). Es necesario incluir dentro de los procesos productivos, el trabajo doméstico, el que a pesar de no ser remunerado, al igual que otras actividades, está acompañado de cargas y riesgos específicos.

Como se mencionó con anterioridad, el consumo está sujeto al marco de opciones de la comunidad. En algunos casos, el acceso a ciertos recursos por parte de algunos grupos o familias, se obtiene de gestiones particulares. Sin embargo existen algunas *formas socializadas de consumo*, que son aquellos elementos utilizados por la totalidad o la mayoría de la población como los que produce y distribuye el Estado, los recursos naturales, o las mismas estrategias comunitarias. Una mayor disposición de nuevos bienes o servicios colectivos, depende en gran medida de la organización comunitaria y la gestión política-social que desarrolle.

Los procesos socio-culturales delinean ciertos conjuntos de significados, conocimientos, actitudes, normas, costumbres y preferencias en la comunidad. Todos éstos, incluyendo las relaciones de género, influyen la forma y grados de participación de los habitantes, la utilización de los recursos, las necesidades percibidas y la definición de prioridades. En el ámbito comunitario se visibilizan la forma como se socializan los diferentes conjuntos socio-culturales, los espacios de socialización identificados (escuelas, iglesias, grupos deportivos, laboral y otros), permiten conocer cómo se desarrollan los individuos en su ciclo de vida, las dinámicas, roles y estatus que se les otorgan en cada etapa, diferenciados también por el género.

Es frecuente encontrar otros modelos médicos, diferentes al biomédico predominante, que cuentan con sus concepciones propias de salud, enfermedades específicas, prácticas, terapeutas y servicios propios. Ante esto, los diversos servicios de salud deben promover su articulación para una mejor respuesta a las necesidades en salud de la población.

Dado el carácter social de la salud, el trabajo sanitario dentro de una comunidad implica trascender las acciones clásicas de los servicios de salud. En los esfuerzos por mejorar la salud de una población, serán necesarias iniciativas diversas en otros campos políticos, sociales, económicos y socio-culturales más amplios. Entendiendo la estrecha relación entre comunidad, unidades domésticas e individuos, la transformación de condicionantes-determinantes y riesgos comunitarios tendrá un impacto sobre las familias y pobladores individuales. Las acciones que se realicen en los ámbitos familiar e individual, también impactarán en el funcionamiento comunitario.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

Transformar las determinantes-condicionantes y riesgos de la salud, así como promover las potencialidades y empoderamiento comunitario para mejorar la situación de salud de las comunidades.

3. ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El Programa Comunitario comprende que la comunidad es un espacio complejo y que su situación de salud está determinada por aspectos históricos, económicos, sociales, políticos y culturales, propias de la población. De esta manera, el trabajo está dirigido a la transformación de las determinantes-condicionantes y riesgos de la población, facilitando procesos de organización comunitaria y promoviendo la participación todos los habitantes.

En la relación con la comunidad deben conocerse las experiencias organizativas en diferentes momentos de su historia, para explicarse los procesos de afrontamiento de las actuales necesidades y construir relaciones con las organizaciones y redes de autoayuda. Las acciones sanitarias se acuerdan con la comunidad, en base a un análisis de situación de salud participativo que abarca no sólo los riesgos y problemas de salud, sino la relación que éstos tienen con sus procesos productivos, de consumo y socioculturales.

Para el abordaje de las condicionantes-determinantes, el programa promueve y apoya las relaciones entre diferentes grupos comunitarios, acuerdos con otras comunidades, así como la coordinaciones institucionales e intersectoriales.

A partir de la caracterización de los determinantes y condicionantes, lógicas socio-culturales y dinámicas de los grupos existentes, se identifican los conjuntos-socioculturales con procesos de salud-enfermedad particulares, y con estos realiza intervenciones sanitarias diferenciadas.

Cada comunidad posee recursos, prácticas y sabidurías en salud que son necesarios reconocer, así como la valorizar otros modelos de salud existentes. Entre los diferentes modelos explicativos se llevan procesos de interacción e intercambio de experiencias, para profundizar en el aprendizaje mutuo, y en lo posible se impulsan acciones sanitarias conjuntas. En el desarrollo del programa, se incluyen estrategias de comunicación social que permitan la difusión de información y el fortalecimiento de las relaciones entre la comunidad y los servicios de salud.

Las actividades realizadas por el Programa Comunitario son complementarias con aquellas de los Programas Familiar e Individual. La identificación de familias o personas en riesgo, advierte sobre el efecto que éstas tengan para la comunidad. Los hallazgos en el ámbito comunitario pueden alertar sobre peligros y acciones con las unidades domésticas o en la atención individual.

4. RESULTADOS Y ACTIVIDADES

Resultados ¹³	Actividades
a. Se ha identificado y comprendido la estructura organizativa, formas de socialización y redes de apoyo comunitarias, con los cuales se establecen relaciones de apoyo y facilitación, orientadas al fortalecimiento de su capacidad de gestión sanitaria y sociopolítica ¹⁴ .	• Identificar las diferentes formas de organización comunitaria y las relaciones que mantienen entre sí, como la forma en que participan las personas y familias de los diferentes conjuntos socioculturales. • Comprender las lógicas de funcionamiento de cada una de las formas organizativas identificadas (comités, redes, grupos de socialización, entre otros), fortaleciendo su dinámica para el logro de sus objetivos. • Fortalecer la organización comunitaria dirigida a la gestión sanitaria y sociopolítica que se priorice en los espacios de análisis que se realicen entre la institución y las comunidades.
b. Se ha caracterizado a la población a partir de la categoría de conjuntos socio-culturales (producción, consumo y socio-cultural).	• Caracterizar en conjuntos socioculturales a las unidades domésticas –familias- de acuerdo a las variables de censo, ficha clínica, ficha comunitaria y otras características comunitarias. • Dar seguimiento a las diferentes características y lógicas de los conjuntos socioculturales a través de los tres programas con el fin de caracterizarlos mejor y relacionarlos con los perfiles de morbi-mortalidad socio-culturales.

¹³ Todos los programas se relacionan y retroalimentan el Sistema de Vigilancia de la Salud Socio-cultural, que tiene como componentes la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud y los análisis de situación en salud socio-cultural.

¹⁴ Gestión sociopolítica se refiere al proceso enmarcado en la gestión de proyectos como en la incidencia de instituciones estatales, municipales o de otro tipo, dirigidas al trabajo intersectorial y al fortalecimiento de los espacios públicos locales.

Resultados¹³	Actividades
c. Se ha realizado periódicamente análisis de situación de salud a partir de los conjuntos socio-culturales y sus procesos laborales, de condiciones de vida y socio-culturales-genéricos, identificando los principales riesgos y perfiles de morbi-mortalidad sociocultural ¹⁵ .	• Analizar los procesos laborales en que están participando los diferentes conjuntos socioculturales y su relación con factores de protección/riesgos y perfiles de morbi-mortalidad socioculturales. • Analizar el proceso de consumo/condiciones de vida de los conjuntos socioculturales y su relación con factores de protección/riesgos y perfiles de morbi-mortalidad socioculturales. • Analizar el proceso socio-cultural de los diferentes conjuntos socioculturales y su relación con riesgos y perfiles de morbi-mortalidad socioculturales.
d. Se reconocen modelos explicativos sobre el perfil de morbi-mortalidad biomédica y de específicas de otras culturas, relacionándolos a los conjuntos socio-culturales.	• Conocer los modelos explicativos de la morbi-mortalidad sociocultural e identificar diferencias entre los conjuntos socioculturales. • Entender las potencialidades/limitantes de dichos modelos en el autocuidado, autoatención y caminos del enfermo, en el marco de las estrategias de reproducción social.
e. Se ha realizado vigilancia epidemiológica socio-cultural a partir de los riesgos priorizados en coordinación comunitaria e institucional.	• Realizar mapa de riesgo comunitario de acuerdo al desarrollo de los tres programas y subprogramas. • Identificar las prioridades para la realización de la vigilancia epidemiológica socio cultural, en conjunto con la comunidad. • Establecer una fuerte coordinación entre los EAPAS y ECOS, con la comunidad para los planes de acción de la vigilancia epidemiológica. (Ej. cercos sanitarios, evacuación de parturientas complicadas, etc.).
f. Se han promovido formas organizativas vinculadas a la red de terapeutas comunitarios como comadronas, curanderos, promotores/as, entre otros.	• Identificar a los diferentes terapeutas comunitarios existentes así como el tipo de relaciones que mantienen entre sí. • Establecer la cobertura aproximada de dichos terapeutas en las comunidades y el tipo de problemas que resuelven. • Intercambiar experiencias con dichos terapeutas y definir estrategias de fortalecimiento para el trabajo que realizan. • Definir estrategias para el fortalecimiento de la coordinación en paralelo en los otros dos programas (individual y familiar).

¹⁵ Los perfiles de morbi-mortalidad sociocultural incluyen las patologías que forman parte del marco conceptual biomédico y de marcos conceptuales como el Maya u otros existentes a nivel local.

Resultados ¹³	Actividades
g. Se ha ejecutado estrategia de comunicación acorde a las prioridades definidas por la institución y en conjunto con los principales actores y organizaciones locales.	- Definir y accionar estrategias de comunicación dirigidas a que la población conozca, tenga confianza y colabore con las acciones sanitarias que se realizan. - Definir y accionar estrategias de comunicación de acuerdo a las prioridades y riesgos identificados con los actores y organizaciones comunitarias.

E. PRIORIDADES DEL DISEÑO PROGRAMATICO

A partir del diseño programático y de los subprogramas definidos por la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*, se requiere definir prioridades para la atención en salud integral que se planifica.

Dichas prioridades surgen del enfoque de riesgo y poblacional de la propuesta, así como de las prioridades normadas por el Ministerio de Salud. Asimismo, la morbi-mortalidad de modelos explicativos diferentes al biomédico será tomada en cuenta y durante el primer año de implementación de la propuesta, se iniciará una sistematización de éstos aspectos desde los tres programas: individual, familiar y comunitario.

De igual manera, por los atributos de interculturalidad, género, participación social e intersectorialidad, la tendencia será a que la atención en salud desarrollada se vaya enfocando cada vez más a las prioridades definidas en conjunto con la población.

Las prioridades de cada programa se plantean según el tipo de atención que cada uno de ellos realiza. El programa individual, está referido a la atención curativa en el plano individual y por ello la priorización se realiza a partir de la morbi-mortalidad y sus riesgos, considerados más importantes por su frecuencia y letalidad.

En el programa familiar el tipo de atención es preventiva y por ello la priorización se enfoca a riesgos presentes en las familias o unidades domésticas pero que pueden surgir de diversas fuentes. Los riesgos pueden provenir de las mismas personas y su ciclo de vida, la dinámica familiar existente, así como aquellos relacionados con los procesos productivos de la familia, la ubicación geográfica y aspectos físicos de la vivienda.

El programa comunitario desarrolla una atención dirigida a la transformación de determinantes y condicionantes, por ello su priorización parte de identificar procesos sociales de especial interés relacionados con los perfiles de morbi-mortalidad sociocultural y con las posibilidades de afrontamiento colectivo de la población y sus grupos.

Los procesos identificados como cruciales para relacionar las determinantes/condicionantes con riesgos específicos y con los perfiles de morbi-mortalidad sociocultural de la población son: el laboral y dentro de él lo correspondiente al trabajo doméstico; el de consumo o condiciones de vida, dentro del cual se ubica los problemas de medio ambiente o madre naturaleza; y el sociocultural-género. Todos ellos están vinculados a dimensiones de tipo político, ideológico y social en general.

A continuación se presenta una tabla con las prioridades, definidas para los programas y subprogramas.

Sub-programa	Programas		
	Individual	Familiar	Comunitario
Infantil	• Atención del recién nacido en parto • Lactancia materna • Crecimiento y desarrollo • Inmunizaciones • Infecciones respiratorias agudas • Infecciones gastrointestinales • Enfermedades de piel y faneras • Infecciones urinarias • Salud buco-dental	• Alimentación • Estimulación temprana • Cuidados generales	• Acciones de promoción de salud de los infantes

Sub-programa	Programas		
	Individual	Familiar	Comunitario
Niños y niñas	• Crecimiento y Desarrollo • Inmunizaciones • Infecciones respiratorias agudas • Infecciones gastrointestinales • Enfermedades de piel y faneras • Infecciones urinarias • Salud buco-dental • Problemas de ojos y visión	• Alimentación • Riesgos domésticos y laborales • Prevención de accidentes • Educación • Socialización de género • Abuso sexual	• Promoción de la salud y participación, con niños, en escuelas y grupos de padres de familia
Adolescentes	• Sexualidad • Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA • Embarazos en adolescentes • Enfermedades de la piel • Problemas de ojos y visión • Adicciones	• Autoestima y salud mental • Riesgos domésticos y laborales • Socialización de género • Abuso sexual	• Promoción de la salud y participación en grupos juveniles, considerando socialización de género
Mujeres	• Atención del embarazo, parto y puerperio • Inmunizaciones • Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA • Planificación familiar • Enfermedades por trabajo doméstico • Infección urinaria • Salud mental • Enfermedades crónicas-degenerativas	• Riesgos de trabajo doméstico • Autocuidado • Cuidados del embarazo y plan de emergencia en caso de complicaciones • Maternidad responsable • Planificación de la familia • Autoestima y salud mental • Relaciones de género • Abuso sexual	• Promoción de la salud y participación de las mujeres en la comunidad • Grupos de autoayuda

Sub-programa	Programas		
	Individual	Familiar	Comunitario
Hombres	• Enfermedades y accidentes ocupacionales • Salud mental • Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA • Adicciones • Enfermedades crónicas-degenerativas	• Riesgos laborales • Autoestima y salud mental • Paternidad responsable • Planificación de la familia • Relaciones de género	• Promoción de la salud y participación de los hombres en la comunidad • Grupos de autoayuda
Personas adultas mayores	• Enfermedades respiratorias • Enfermedades gastrointestinales • Enfermedades crónicas degenerativas – Enfermedades cardiovasculares – Diabetes – Artritis • Enfermedades buco-dentales	• Alimentación • Autoestima y salud mental • Cuidados especiales por enfermedades crónicas • Abandono	• Promoción de la salud y participación de adulto/as mayores en la comunidad • Grupos de autoayuda
Medio ambiente/Madre naturaleza	• Enfermedades por vectores • Malaria, chagas, dengue, Leishmaniasis, Oncocercosis, tracoma • Enfermedades de transmisión por agua y alimentos • Utilización de plaguicidas	• Ubicación geográfica de la vivienda y riesgos a desastres • Condiciones físicas de la vivienda • Disposición de excretas • Saneamiento del entorno doméstico • Acceso a agua • Animales domésticos	• Relación de la comunidad con el medio ambiente / madre naturaleza • Proyectos de agua potable y drenajes • Disposición de excretas • Desechos sólidos • Vías de acceso • Energía eléctrica • Acceso a tierra • Deforestación • Gestión de riesgos y desastres

Sub-programa	Programas		
	Individual	Familiar	Comunitario
Generales	• Tuberculosis • Identificar en todos, enfermedades culturales específicas • Modelos explicativos de problema de salud	• Ingresos familiares y pobreza • Actividades productivas y domésticas • Discriminación de género y etárea • Caracterización socio-cultural de la familia • Prácticas de autoatención y autocuidado • Migración • Violencia intrafamiliar • Alcoholismo y otras adicciones • Casos de tuberculosis	• Actividades productivas • Propiedad de medios de producción • Comercialización • Organizaciones y redes comunitarias • Espacios de socialización • Identificación / construcción de conjuntos socio-culturales • Procesos de articulación de servicios de salud y terapeutas comunitarios • Relaciones de género • Conflictos comunitarios

F. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS¹⁶

1. NIVELES DE LA ORGANIZACIÓN

La organización del ámbito institucional parte de un diseño básico basado en un bajo grado de complejidad, clara formalización de tareas y desempeños, baja centralización en la toma de decisiones, multifuncionalismo y trabajo en equipo. En cada distrito y sus sectores se definen dos niveles de institucionalidad que se revisan a continuación.

¹⁶ Tomado de *Hacia un primer nivel de atención en salud –bases y lineamientos–*, Instancia Nacional de Salud. Guatemala, febrero 2002.

a. Nivel sectorial

Constituido por un *Equipo Comunitario de Salud* (ECOS) integrado por 2 a 4 *Agentes de Salud Comunitaria* (ASC) de acuerdo a la necesidad detectada y tareas por realizar. La carga laboral se estimará en base a las características locales como: número de habitantes y distribución de la población, determinantes, condicionantes y riesgos, nivel de organización, aspectos geográficos y estacionales, vías y medios de comunicación.

Este equipo de ASC se ubicará en un lugar estratégico dentro de las comunidades o poblaciones que se atienden y tendrá como centro de trabajo una *Casa de Salud Comunitaria*¹⁷. Los ECOS desarrollarán los programas individual, familiar y comunitario, y su desempeño enfatizará las tareas extramuros –visitas familiares y trabajo comunitario-, y brindará la asistencia clínica en la casa de salud comunitaria.

Los ECOS funcionarán como equipos de trabajo, donde cada uno desarrollará tareas específicas y uno se desempeñará como coordinador, teniendo como equipo la capacidad de apoyarse o sustituirse gracias a su carácter multifuncional. Además, serán apoyados por un equipo de apoyo distrital y gozarán de una relativa autonomía en la toma de decisiones sobre su desempeño. Los ECOS estarán bajo la responsabilidad de los animadores comunitarios y psico-social.

b. Nivel distrital

Se constituirá por un *Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud –EAPAS-*, integrado por el siguiente personal:

- 1 coordinador/a
- 1 médico/a
- 1 enfermera/o graduado
- 1 animador/a comunitaria
- 1 animador/a psico-social
- 1 técnico/a dental
- 1 secretario/a digitador
- 1 contador/a logista

¹⁷ La Casa de Salud Comunitaria se constituye en la infraestructura mínima y es la sede de trabajo de los ECOS. Esta Casa se conforma de la siguiente manera: sala de espera, recepción y secretaría, clínica de atención a la mujer, clínica de consulta externa general, central de equipos -estufa, autoclave y cadena de frío-, bodega y farmacia, servicios sanitarios y sala de reuniones.

El EAPAS se ubicará en un *Centro de Referencia*¹⁸ de distrito y, de acuerdo al contexto local, podrá funcionar como parte del primer nivel, o bien constituirse como un segundo nivel de atención de baja complejidad. También se plantea integrar un ECOS al centro de referencia con el objetivo de cubrir los servicios de la población aledaña al mismo.

Un EAPAS tendrá la posibilidad de trabajar con un número variable de ECOS, dependiendo de cuantos sectores abarque el distrito. Sus funciones, están dirigidas a coordinar, apoyar, formar y supervisar a los ASC. Además, está destinado a generar servicios bajo el concepto de referencia y contra-referencia, y a desarrollar las labores administrativas más complejas del primer nivel de atención en salud.

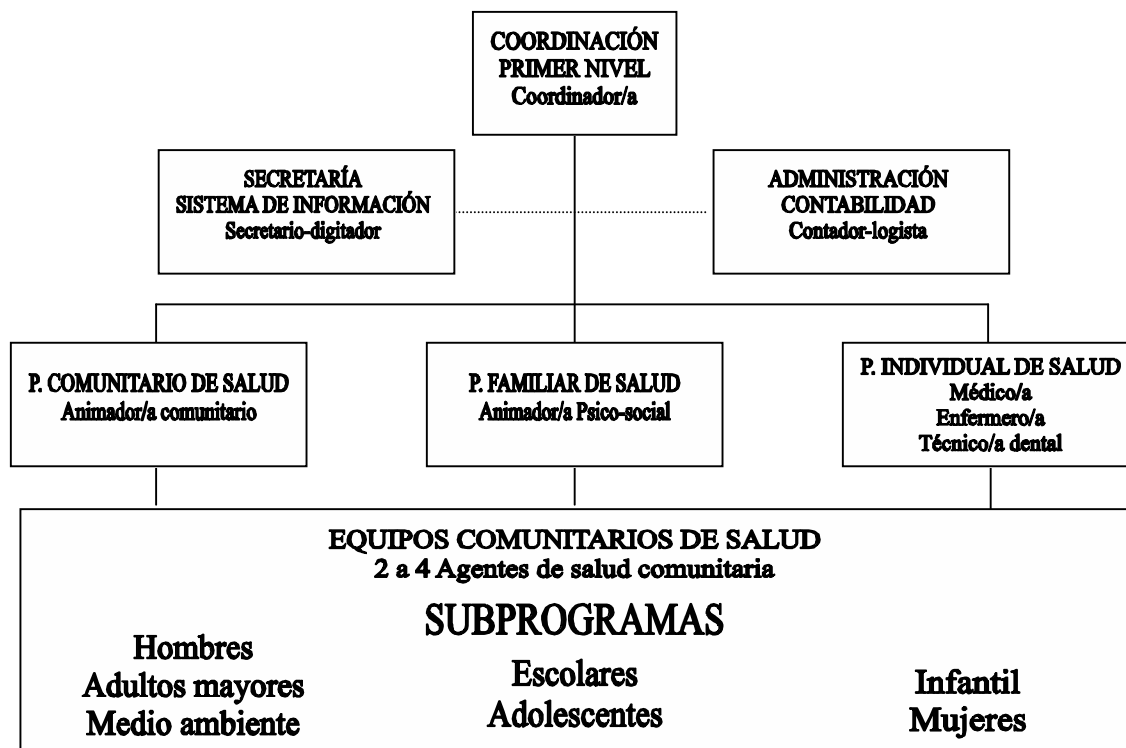
El Centro de Referencia estará ubicado en un casco urbano municipal o en otro lugar estratégico, de acuerdo a consideraciones que se hagan para funcionar mejor, adaptándose a las características locales. El EAPAS funcionará como equipo de trabajo bajo la dirección del coordinador, y los contactos inmediatos con los ASC serán la enfermera/o y los animadores comunitarios y psico-social. Estos dos últimos serán los responsables directos de los ECOS que funcionen en el distrito.

El EAPAS desarrollará una fuerte coordinación con los ECOS siguiendo la norma establecida para el desarrollo de los programas y sub-programas. En el siguiente organigrama se presentan las principales relaciones y responsabilidades del EAPAS y los ECOS.

El coordinador/a será el responsable de los EAPAS y ECOS, y hará equipo con el secretario-digitador y contador-logista; el médico/a será el responsable del Programa Individual, haciendo equipo con la enfermera y el técnico dental; el animador psico-social será el responsable del Programa Familiar y tendrá bajo su cargo el funcionamiento general de algunos de los ECOS; el animador comunitario será el responsable del Programa Comunitario y tendrá bajo su cargo el funcionamiento general de algunos de los ECOS, haciendo equipo con el animador psico-social.

¹⁸ El Centro de Referencia se constituye en la infraestructura mínima, como sede de trabajo para los EAPAS. Este Centro se conforma de la siguiente forma: sala de espera, 3 clínicas de consulta externa, sala de emergencias, bodega, sala de reuniones, oficina del/la Coordinador/a, oficina para animadores comunitario y psicosocial, oficina de enfermería, clínica dental, oficina para contador/a-logista y secretario-digitador/a, sala de equipos -autoclave, estufa y cadena de frío-, y servicios sanitarios.

Organigrama estructural –EAPAS y ECOS-



Fuente: Instancia Nacional de Salud, 2001.

2. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS

a. Equipos comunitarios de salud –ECOS-

Los ECOS deberán estar integrados por 2 a 4 ASC, de acuerdo a las características locales enunciadas anteriormente, a fin de facilitar la idea de equipo y suplir cualquier ausencia en el trabajo.

Además, se espera poder contar con al menos una mujer ASC para brindar una adecuada atención a la mujer de acuerdo a su condición específica de género; y, especialmente, como parte del sub-programa de la mujer.

- **Agentes de salud comunitaria -ASC-**

Los ASC deberán formarse y trabajar con una perspectiva de género. En dichos equipos se intentará la composición equitativa en términos de género, debiéndose garantizar como mínimo la presencia de una mujer que tenga un

papel protagónico en el desarrollo de las actividades con mujeres, en aras de lograr la adecuación a las necesidades planteadas por ellas.

Los ASC son provenientes de la localidad o, al menos, del mismo grupo lingüístico de la comunidad con que se trabaja. Su condición laboral es de contratación por tiempo completo con un salario acorde al nivel profesional y de desempeño que se plantea. A este salario se agregará un rubro de viáticos, dirigido a cubrir los gastos del trabajo extramuros que les corresponda desarrollar dentro de los programas familiar y comunitario.

Los ASC desarrollarán trabajo en equipo y realizarán diversas actividades en paralelo de acuerdo a las tareas que tengan programadas. Cada uno de los ASC será responsable de ejecutar las acciones de los 3 programas.

b. Equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud –EAPAS-

Los integrantes del EAPAS participarán en diferente medida en los 3 programas y 7 sub-programas, coordinando y apoyando a los ASC que trabajen en ese distrito. A continuación se revisan los diferentes aspectos para cada uno de los integrantes de un EAPAS; no se mencionan las funciones del secretario/a-digitador/a y del contador/a-logista, pues éstos realizan funciones de vigilancia y gestión.

- **Coordinador/a**

El coordinador/a será la persona responsable de la gerencia social –gestión- de todo el distrito y tendrá a su cargo a todo el personal institucional, siendo el/la representante del EAPAS ante los otros niveles del sistema de salud, entidades públicas sectoriales, autoridades, organizaciones e instituciones privadas y la población de los sectores del distrito.

La condición laboral será de contratación formal a tiempo completo y su ubicación será en el centro de referencia. En el caso de no encontrar a este personal localmente, se privilegiará personas que hayan demostrado, por sus anteriores desempeños en el área rural, aptitud y capacidad de desempeñar el cargo.

- **Médico/a**

El médico o médica integrado al EAPAS, contratado a tiempo completo, deberá desarrollar una serie de acciones relacionadas con la preparación biomédica que

en general le caracterizarán. Será el coordinador del Programa Individual y responsable, junto con la enfermera, de los aspectos de asistencia clínica de apoyo, formación y referencia-contrarreferencia.

- **Enfermera/o Profesional**

La enfermera/o que se integre al EAPAS tendrá que desarrollar acciones sanitarias enmarcadas en los tres programas de estas bases y lineamientos de primer nivel; formará equipo con el médico y técnico dental, como parte del equipo del Programa Individual. Por ello, la mayor parte de su responsabilidad se enmarca en el trabajo clínico, apoyando a los ECOS, comadronas, grupos de mujeres y población infantil. Su inserción laboral será de asalariada a tiempo completo y su centro de trabajo, el centro de referencia.

- **Técnico dental**

El técnico dental será responsable de la prevención y tratamiento de la enfermedad dental, y en menor medida de la promoción. Sus actividades se desarrollarán como parte del equipo integrado por el médico/a y enfermera/o.

- **Animador/a Psico-social**

La/el animador psico-social tendrá bajo su responsabilidad el desarrollo del programa familiar de salud y será el directamente responsable de los ECOS, en conjunto con el animador comunitario. Su inserción laboral será de asalariado a tiempo completo y su centro de trabajo será en el centro de referencia, aunque sus acciones en las casas de salud comunitaria y asistencia a familias en su domicilio serán importantes también.

- **Animador/a comunitario**

El animador comunitario tendrá bajo su responsabilidad el desarrollo del Programa Comunitario de salud y será el directamente responsable de los ECOS, en conjunto con el animador psicosocial. Su inserción laboral será de asalariado a tiempo completo y su centro de trabajo será el centro de referencia. Sus acciones en las casas de salud comunitaria en apoyo a los ASC y el trabajo con los diferentes grupos comunitarios, será su trabajo fundamental.

Perfiles de desempeño del persona para el desarrollo de los programas de salud

Personal	Programa Comunitario	Programa Familiar	Programa Individual
Agentes de Salud Comunitaria	Trabajo con líderes, grupos, redes y organizaciones comunitarias: • Diagnósticos participativos, en base a conjuntos socio-culturales • Educación popular en salud • Comunicación social • Organización y desarrollo comunitario • Apoyo a acción política	Visita familiar: • Permanente • Identificación de lógicas socio-culturales relacionadas con la salud y factores de riesgo para priorización de visitas • Consejería con pertinencia intercultural y perspectiva de género • Atención clínica de emergencia, u otros casos que lo requieran	Atención clínica: • Permanente, en casa de salud comunitaria, con perspectiva de género y pertinencia intercultural • Referencia y contra-referencia a centro de referencia y/o terapeutas mayas u otros • Pruebas básicas de laboratorio
Coordinador/a	• Conocimiento de la situación socio-cultural y de salud de la población de todos los sectores a su cargo • Asesoramiento en el trabajo de organización de las comunidades • Mediación y facilitación de iniciativas de la comunidad, con otras comunidades, autoridades e instituciones	• Gestión de apoyo a las familias, de acuerdo a las necesidades detectadas • Gestión de insumos y equipo para la realización de visitas familiares	• Gestión de apoyo a personas, de acuerdo a las necesidades detectadas • Aseguramiento de insumos y equipo para la realización de asistencia clínica en la casa de salud comunitaria

Personal	Programa Comunitario	Programa Familiar	Programa Individual
Médico/a	• Trabajo de intercambio con cuidadores y terapeutas mayas, entre otros • Apoyo puntual a organizaciones de acuerdo a demanda y en coordinación con los animadores y ECOS	• Asesoramiento a ECOS sobre el trabajo familiar con ciertas enfermedades o riesgos encontrados • Asistencia a familias dispensarizadas con dificultades de movilización para asistir a casa de salud comunitaria o centro de referencia	Atención clínica: • Asistencia en el centro de referencia de emergencias que requieren atención por médico/a y pacientes referidos por los ECOS y enfermería • Asistencia periódica en las casas de salud comunitaria de pacientes referidos por ECOS • Coordinar el sistema de referencia-contrarreferencia, incluyendo los otros modelos de atención • atender emergencias que requieren personal profesional
Enfermero/a	• Trabajo con grupos de mujeres • Trabajo con grupos de comadronas • Trabajo comunitario con población infantil	• Apoyo a ECOS sobre el trabajo familiar con ciertas enfermedades o riesgos encontrados • Asistencia a familias dispensarizadas dentro de su competencia, que tengan dificultades de movilización para asistir a casa de salud comunitaria o centro de referencia	Atención clínica: • Asistencia en el centro de referencia de emergencias que requieren atención por enfermería y pacientes referidos por los ECOS • Asistencia periódica en las casas de salud comunitaria, de pacientes referidos por ECOS • Desarrolla programas prioritarios de control del sub-programa infantil y de la mujer • Seguimiento a pacientes crónicos • Participar en el sistema de referencia-contrarreferencia, incluyendo los otros modelos de atención

Personal	Programa Comunitario	Programa Familiar	Programa Individual
Técnico dental	Asistencia dental a población escolar: realizar acciones de educación buco dental, limpieza y fluorizaciones,	Asistencia dental a alguna persona en su domicilio por problemas de movilización: adulto mayor	Atención clínica: - Asistencia dental en el centro de referencia: extracciones dentales, reparación de caries, limpiezas y fluorizaciones - Asistencia dental en la casa de salud comunitaria: limpiezas dentales, exodoncias y fluorizaciones
Animador/a psico-social	- Trabajo con grupos de adolescentes - Trabajo con grupos de escolares - Trabajo con grupos de apoyo para tratamiento-prevenición de problemas psico-sociales	- Apoyo a ECOS sobre el trabajo familiar con ciertas problemas psico-sociales - Asistencia a familias dispensarizadas que tengan problemas psico-sociales	Atención clínica: - Asistencia en el centro de referencia a personas con problemas psico-sociales que sean referidas por los ECOS o por demanda - Asistencia periódica en las casas de salud comunitaria, de pacientes referidos por ECOS - Seguimiento a pacientes crónicos psico-sociales - Participar en el sistema de referencia-contrarreferencia, incluyendo los otros modelos de atención
Animador/a comunitario/a	- Trabajo con grupos de hombres para tratar temáticas comunitarias de interés colectivo y laboral - Trabajo con grupos de personas de tercera edad - Trabajo con grupos comunitarios sobre temática de medio ambiente	Apoyo cuando se requiera a solicitud de los ECOS o EAPAS	Apoyo cuando se requiera a solicitud de los ECOS o EAPAS

G. CONTROL PROGRAMÁTICO¹⁹

Dado el carácter estratégico y táctico de los programas formulados, el control se define de manera correspondiente. El control es un aspecto importante, que debe definirse en la misma planificación de los servicios, pues la información generada permite reorientar y mejorar la atención, es decir que la evaluación es en realidad un proceso de evaluación-planificación.

Hasta el momento no se definen metas e indicadores específicos, pues no se cuenta con información suficiente sobre las poblaciones en las que se estará trabajando. Se espera que la información inicial se provea a través de los análisis de situación de salud con la comunidad, así como el censo. Posteriormente, el registro y el sistema de información (cuantitativa y cualitativa) permitirán delinear otros aspectos a evaluar.

1. CONTROL ESTRATÉGICO

Parte de este control, será la valoración anual del impacto que se está teniendo en la problemática de salud en la población. Se propone una evaluación semestral por parte de los Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) y los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), y una evaluación anual en donde participen la comunidad, y otros actores u organizaciones que se vinculen o formen parte del trabajo sanitario.

Los responsables de la evaluación estratégica serán el coordinador, el médico, el animador comunitario/a y el animador psico-social. En la medida que la población participa en la evaluación, es posible encontrar contradicciones entre intereses institucionales y comunitarios, lo cual permite que el control comunitario tenga efectos sobre el ámbito institucional, y se re-dirijan los servicios en base a nuevas prioridades.

2. CONTROL TÁCTICO

El control táctico se complementará con el operativo en la práctica, y se realizará en los momentos destinados para la planificación a lo largo del mes. Se utilizarán dos días cada 2 semanas, para la planificación-evaluación, como puede verse a continuación:

¹⁹ Tomado de *Hacia un primer nivel de atención en salud –bases y lineamientos–*, Instancia Nacional de Salud. Guatemala, febrero 2002.

Duración	Mitad del mes		Final de mes	
	1º. día	2º. día	1º. día	2º. día
Mañana	Pl-Ev. Táctica operativa • Animador comunitario • Animador psico-social • Enfermera	Pl. Ev. Táctica operativa • Todos los Equipos comunitarios de salud • Animador comunitario • Animador psico-social • Enfermera	Pl. Ev. Táctica operativa Por equipos • Coordinador • Secretario/digitador • Contador/legista • Médico • Enfermera • Técnico-dental • Animador comunitario • Animador psico-social	Pl. Ev. Táctica operativa • Coordinador • Médico • Enfermera • Animador Comunitario • Animador psico-social
Tarde	Igual	Reuniones de los agentes de salud comunitaria, por subprogramas con sus responsables	Coordinadores de los Equipos de salud comunitaria con: • Animador comunitario • Animador psico-social • Enfermera	Igual

El control táctico se dirigirá a los resultados programáticos y sub-programáticos, y tomará en cuenta el análisis de estructura y de procesos involucrados. El control táctico deberá buscar la adecuación de los programas y subprogramas para el contexto local. La responsabilidad de conducir este control recae en el coordinador, médico, animador comunitario y animador psico-social.

IX. CONCLUSIONES

1. Los Programas de Atención a las Personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) han sido estructurados de manera heterogénea, con documentos que no facilitan la difusión de sus objetivos y actividades, por lo que su contenido se conoce de manera limitada, tanto dentro de las estructuras del MSPAS, como fuera de la institución.
 2. Los documentos obtenidos de los programas del MSPAS, son en su mayoría documentos que plantean objetivos estratégicos, que orientan el accionar de los equipos técnico-normativos, sin dejar claro cuáles son los propósitos y actividades sobre los sujetos/objetos de intervención. Así, son pocos los programas que realmente se desarrollan en el primer nivel de atención en salud.
 3. El desarrollo de los programas del MSPAS tiene dificultades de coordinación entre sí, debido a que se construyen y formulan de manera disímil, abordan sujetos/objetos de intervención que no se complementan, y no existe integración entre los procesos de planificación-ejecución-evaluación.
 4. El énfasis curativo en los programas del MSPAS se da, no sólo por falta de recursos y limitaciones operativas, sino por la concepción biomédica predominante del MSPAS. Otros tipos de intervención, como la promoción de la salud y la prevención quedan marginados, por lo que se carece de integralidad en la atención y la capacidad de resolución de los servicios es limitada.
 5. La atención de salud del MSPAS tiene un carácter excluyente, al no tomar en cuenta aspectos sociales, interculturales y de género del proceso salud-enfermedad. No se abordan los determinantes-condicionantes de la salud, ni se promueve la participación de la población en la los servicios generados. La exclusión de otros modelos médicos limita la atención de problemas de salud específicos, existentes en las poblaciones de diferentes grupos culturales. La atención diferenciada para mujeres se limita casi exclusivamente a los aspectos reproductivos de mortalidad materna y planificación familiar, mientras que no existen servicios especializados para las necesidades de los hombres.
 6. La construcción de servicios de salud incluyentes, que integren una concepción social de salud, perspectiva de género y pertinencia intercultural,
-

implica dificultades internas sobre la sensibilización del personal de salud, mayor necesidad de recursos y poder político, así como externas ubicadas el contexto discriminatorio de la sociedad.

X. RECOMENDACIONES

1. Evaluar los procesos de planificación y evaluación, estratégica, táctica y operativa, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para proponer mejor coordinación entre estructuras y servicios, y coherencia en los servicios de atención en salud.
 2. Para las acciones sanitarias, integrar enfoques epidemiológicos, y fortalecer la promoción de la salud y prevención en los servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales.
 3. Realizar análisis comparativos entre los programas del MSPAS, para identificar las fortalezas de los que mejor se desarrollan, con vistas a retroalimentar aquellos que presentan mayores deficiencias.
 4. Sensibilizar al personal y sistema de salud públicos, sobre las determinantes-condicionantes sociales de la salud, la perspectiva de género y la interculturalidad, de manera que se re-estructuren los servicios para ser más incluyentes, y promover la participación de la sociedad y la intersectorialidad.
 5. Revisar los modelos educativos, pénsum y enfoques de estudio, de las instituciones formadoras del recurso humano. Será posible, entonces, impulsar las reformas necesarias que faciliten el desempeño del personal en salud, adecuado a las realidades y necesidades del país.
 6. Sistematizar y conocer experiencias diversas de programas de salud gubernamentales y no gubernamentales, nacionales y foráneos, para identificar elementos o factores que enriquezcan los servicios de salud existentes en el país.
 7. Promover la discusión y el debate social sobre el proceso salud-enfermedad, el sistema y los servicios de salud en Guatemala, por parte de actores gubernamentales, de la Sociedad Civil y agencias internacionales.
-

XI. RESUMEN

El presente es un trabajo cualitativo-operativo, que contiene un diseño programático de salud para la ejecución de la propuesta *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente* de la Instancia Nacional de Salud (INS); incluye el Programa Individual, el Programa Familiar y el Programa Comunitario.

La construcción del diseño programático requirió el estudio de los 18 Programas de Atención a las Personas establecidos en el Plan Nacional de Salud 2000-2004, desarrollados por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), para lo cual se hizo una revisión documental de estos programas y se entrevistaron a funcionarios de la institución. Se encontró que los programas de salud del MSPAS carecen de coordinación en la planificación y operativización, cuentan con recursos escasos, se construyen bajo una concepción biomédica de la salud, sin perspectiva de género ni intercultural, y se limitan a las acciones curativas, principalmente.

También fue necesario conocer el proceso de ejecución de la propuesta de la INS, a través de informes y documentos generados por los equipos de trabajo responsables de la implementación, y la participación en reuniones y talleres de trabajo con los mismos. El análisis comparativo entre los programas públicos de salud y los lineamientos programáticos de la INS, y los aportes de los equipos de la INS, permitieron definir los elementos básicos para la conformación de los programas contruidos en el estudio.

XII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alan Dever, G.E. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington, D.C.: Fundación Panamericana para la Salud y Educación, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1991. 417p.
 2. Almeida Filho, N. Epidemiología sin números. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. 112p.
 3. Avaria, A. Hacia la Interculturalidad, propuesta de acercamiento a la competencia cultural desde los sistemas locales de salud y educación. 2000. Documento formato PDF. <http://www.cide.cl/liderazgo/intercul.pdf>
 4. Blanco Gil, J. y O. Sáenz Zapata. Espacio urbano y salud. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1994. 97º,
 5. Breilh, J. Epidemiología: economía, medicina y política. 3ª. Ed. México, D.F.: Distribuciones Fontamara, S.A., 1986. 242p.
 6. Castellanos, P.L. La epidemiología y la organización de los sistemas de salud. En: Los Sistemas Locales de Salud; conceptos, métodos y experiencias. Editores: Paganini J.M. y M.R. Capote. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud, 1990. (pp. 212-219) (Publicación Científica No. 519)
 7. Castellanos, P.L. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Salud Pública. Dirigido por F. Martínez Navarro, et al. México: Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, 1998. 915p. (pp. 80-102)
 8. Castellanos, P.L. Sobre el concepto de salud –enfermedad; un punto de vista epidemiológico. Boletín Epidemiológico, OPS/OMS. 1990. 10 (4): 25-32.
 9. Cunningham, M. Etnia, cultura y salud. 2002. Documento formato PDF. <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/ETN/MCunninghamConf.pdf>
 10. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición.
-

<http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>

11. Diccionario Everest Cima Español, decimocuarta edición. Barcelona: Editorial Everest, 1977. 1086p.
 12. Díez Espino, J. et al. Priorización de problemas de salud. En: Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirigido por F.J. Gallo Vallejo, et al. Madrid: Beecham, 1993. 1740p. (pp. 834-837)
 13. Durán Valverde, F. La seguridad social en Guatemala: un análisis de los programas de salud y pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe de Consultoría. Guatemala: Fundación Friedrich Ebert y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001.
 14. Gómez Gómez, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Documento formato PDF.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GenderanddAccess.pdf>
 15. Gómez López, L. I. y C. Aibar Remón. Planificación y programación sanitarias. En: Medicina preventiva y Salud Pública, 3ª. Edición. Dirigido por G. Piedrota Gil, et al. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1988. (pp. 1055-1064)
 16. Gómez Zamudio, M. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal: Universidad de Montreal, Centro de Ingestaciones y Estudios de la Salud de Nicaragua, 1998. 187p.
 17. Gosalbes Soler, V., et al. Concepto y fases del diseño de un programa en atención primaria de salud. En: Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirigido por F.J. Gallo Vallejo, et al. Madrid: Beecham, 1993. 1740p. (pp. 959-965)
 18. Granda, E. Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Universidad Central de Venezuela, Ediciones del Rectorado, 1992. 332p. (pp. 41-55)
 19. Jiménez Luque, J.M., et al. La caracterización de los problemas de salud y sus determinantes. En: Manual del Residente de Medicina Familiar y
-

Comunitaria. Dirigido por F.J. Gallo Vallejo, et al. Madrid: Beecham, 1993. 1740p. (pp. 775-783)

20. Knox, E.G. La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 1989. 225p.
 21. Laurell, A.C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Lo biológico y lo social; su articulación en la formación del personal de salud. Coordinado por M.I. Rodríguez. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 161p. (pp. 1-12)
 22. Laurell, C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. México: 1976. 8p. (Mimeo.)
 23. López Fernández, L.A. y E. Sevilla García. Los programas médico-preventivos: una forma de trabajar en salud pública y en la asistencia sanitaria. Documento mimeografiado. España, 1992. 37p.
 24. López Fernández, L.A. y E. Sevilla García. Los programas médico-preventivos. En: Salud Pública. Dirigido por F. Martínez Navarro, et al. México: Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, 1998. 915p. (pp. 465-475)
 25. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, Glosario. Ginebra: Unidad de Promoción de la Salud y Educación, OMS, 1998. 35p. (Mimeo.)
 26. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1999. 403p. (Publicación científica No. 557)
 27. Pineault, R. y C. Daveluy. La planificación sanitaria; conceptos, métodos, estrategias. 2ª. Ed. Barcelona: Editorial Masson, S.A., 1994. 382p.
 28. Pineda, E.B. et al. Metodología de la investigación; manual para el desarrollo de personal de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 225 p.
-

-
29. Piura López, J. Introducción a la metodología de la investigación científica. 2ª. Ed. Managua: El Amanecer, 1995. 114p. (Publicación Científica de la Escuela de Salud Pública No.1)
 30. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/OPS. Equidad de Género en Salud. Documento formato PDF.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GEHPaperSpanish.pdf>
 31. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/OPS. Equidad de Género en Salud, Hoja Informativa. Documento formato PDF.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GEHFactSheetSpanish.pdf>
 32. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/OPS. Equidad de Género en Salud, Presentación Power Point. Documento formato PPT.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GEHFactSheetSpanish.pdf>
 33. Restrepo, H. y H. Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001. 298p.
 34. Rovere, M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993. 226p.
 35. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Desarrollo humano, mujeres y salud. Informe nacional de desarrollo humano. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002. 439p.
 36. Soler Torroja, M. Programación en atención primaria de salud. Documento mimeografiado. España
 37. Verdugo, J.C. et al. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, 2002. 196p.
 38. World Bank. Socio-economic differences in health, nutrition and population in Guatemala. Documento formato PDF.
<http://www.worldbank.org/poverty/health/data/guatemala/guatemala.pdf>
-

XIII. ANEXOS

Instrumentos de entrevistas no estructuradas a informantes clave

Guía de entrevista / Unidad de Planificación Estratégica**Nombre de el/la entrevistado/a:** _____**Fecha y hora de la entrevista:** _____

1. ¿Podría decirme usted cuál es la función de la Unidad de Planificación Estratégica, respecto a los Programas de Atención a las Personas?

2. ¿Cuáles considera usted que son los Programas más importantes para el primer nivel de atención en salud?

3. ¿Cómo se define la creación o desaparición de los programas? ¿Cómo se definen los programas prioritarios?

4. Le agradecería me explicara la forma en que se coordinan las actividades de los 18 programas

5. ¿La coordinación de las actividades de los programas se realizan en el nivel central, o en el nivel ejecutor?

6. En líneas generales, ¿quiénes son los encargados de ejecutar las actividades de los programas?

7. ¿Considera usted que los ejecutores de los programas conocen los objetivos de los mismos?

8. ¿Cuáles cree que son los énfasis de las actividades de los programas (promoción, prevención, curación o rehabilitación)?

9. ¿Participa usted o su departamento, en la evaluación de los programas?

10. ¿Considera usted que los recursos asignados son suficientes para alcanzar los objetivos de los programas?

11. ¿De qué manera se toman en cuenta la perspectiva de género y elementos de interculturalidad en la construcción de programas?

12. ¿Cuáles cree usted que son los principales problemas para desarrollar los programas dentro del MSPAS, las comunidades y con otros sectores involucrados? ¿Cuáles son los elementos que favorecen el desarrollo de los programas?

13. ¿Considera usted que los resultados de los programas han sido satisfactorios? ¿Cuáles son los éxitos y las deficiencias de estos resultados?

14. ¿Tiene alguna recomendación u observación para un mejor desarrollo de los programas?

Guía de entrevista /Departamento de Regulación de Programas de atención a las Personas

Nombre de el/la entrevistado/a: _____

Fecha y hora de la entrevista: _____

1. ¿Podría decirme usted cuál es la función del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las personas?
 2. ¿Tienen estos programas un documento que contenga los objetivos, estrategias y actividades de cada uno? ¿Existe algún documento único que los contenga?
 3. ¿Cuáles considera usted que son los Programas más importantes para el primer nivel de atención en salud?
 4. ¿Cómo se define la creación o desaparición de los programas? ¿Cómo se definen los programas prioritarios?
 5. Le agradecería me explicara la forma en que se coordinan las actividades de los 18 programas
 6. ¿La coordinación de las actividades de los programas se realizan en el nivel central, o en el nivel ejecutor?
 7. En líneas generales, ¿quiénes son los encargados de ejecutar las actividades de los programas?
 8. ¿Considera usted que los ejecutores de los programas conocen los objetivos de los mismos?
 9. ¿Cuáles cree que son los énfasis de las actividades de los programas (promoción, prevención, curación o rehabilitación)?
 10. ¿Participa usted o su departamento, en la evaluación de los programas?
 11. ¿Considera usted que los recursos asignados son suficientes para alcanzar los objetivos de los programas?
-

-
12. ¿De qué manera se toman en cuenta la perspectiva de género y elementos de interculturalidad en la construcción de programas?
 13. ¿Cuáles cree usted que son los principales problemas para desarrollar los programas dentro del MSPAS, las comunidades y con otros sectores involucrados? ¿Cuáles son los elementos que favorecen el desarrollo de los programas?
 14. ¿Considera usted que los resultados de los programas han sido satisfactorios? ¿Cuáles son los éxitos y las deficiencias de estos resultados?
 15. ¿Tiene alguna recomendación u observación para un mejor desarrollo de los programas?

Guía de entrevista / Direcciones de Área de Salud

Nombre de el/la entrevistado/a: _____

Fecha y hora de la entrevista: _____

1. ¿Podría explicarme cuál es la relación entre las Direcciones de Área, el Depto. de Regulación y la Unidad de Planificación Estratégica?
 2. ¿Tienen acceso a los documentos de los Programas de Atención a las Personas?
 3. ¿Conocen los programas y sus objetivos?
 4. ¿Cuáles de estos programas se ejecutan en el 1º nivel de atención, específicamente en su Área de Salud?
 5. ¿Cuál es su participación en el diseño, ejecución o evaluación de los programas?
 6. ¿Cuáles son los programas prioritarios para su Área de Salud?
 7. ¿Cómo se coordinan e integran los diferentes programas en las Áreas y Distritos de Salud?
 8. ¿En qué tipo de atención o enfoque tienen énfasis las actividades de los programas?
 9. ¿Existe asignación de recursos por programa? ¿Son suficientes estos recursos?
 10. ¿Considera que los programas manejan una perspectiva de género? ¿y un enfoque intercultural?
 11. ¿Cuáles son los obstáculos y elementos positivos que observa para el desarrollo de los programas?
 12. ¿Considera que los resultados son satisfactorios, cuáles han sido sus éxitos y sus fracasos?
 13. ¿Tiene alguna observación o recomendación para un mejor desarrollo de los programas?
-
