
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Informe Final
Marta Lidia Ajú
Velia Oliva Herrera.

SIGLAS

1. **INS** Instancia Nacional de Salud
2. **AIEPI**: Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia
3. **ASC**: Agentes de Salud Comunitaria
4. **BC** **Boca Costa**
5. **CSC**: Casa de Salud Comunitaria
6. **CR**: Centro de Referencia
7. **COPEC**: Comisión del Plan de Emergencia Comunitaria
8. **ECOS** Equipo Comunitario en Salud
9. **EAPAS**: Equipo de Apoyo de primer nivel de Atención en Salud
10. **FRG**: Frente Republicano de Guatemala
11. **GANAN**: Gran alianza nacional
12. **MSPAS**: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
13. **MIS**: Modelo Incluyente de Salud
14. **ONG's**: Organizaciones no gubernamentales
15. **PIAS**: Programa Individual de Atención en Salud
16. **PF**: Planificación familiar
17. **PFAS**: Programa Familiar de Atención en Salud
18. **PCOS**: Programa Comunitario de Atención en Salud

19. **POA:** Plan operativo anual
20. **RRHH:** Recursos Humanos
21. **SIGSA:** Sistema de Información General de Salud
22. **SIGSAS:** Instrumentos del Sistema de Información Gerencial en Salud
23. **SJO:** San Juan Ostuncalco

Tabla de contenidos

Presentación

Abordaje metodológico para sistematizar el MIS.

Ruta metodológica para la sistematización del MIS

Vistas de reconocimiento del terreno

Inducción y revisión documental

Trabajo de campo

Análisis de la información

Capítulo I Línea Histórica del MIS: la experiencia de un primer nivel de atención

Las etapas del MIS

1.1 Etapa de concepción de la idea

1.2 Etapa de formulación del Modelo Incluyente en Salud (MIS)

1.3 Etapa de implementación

1.4 Etapa del momento actual y sus perspectivas a futuro

Capítulo II Marco teórico y operativo del MIS

Nuevas bases conceptuales del primer nivel de atención

2.1 Perspectivas y atributos, conceptualización del primer nivel de atención

2.2 Conceptualización del primer nivel de atención:

2.3 El Diseño Programático

La concepción social antropológica.

Articulación de enfoques

2.4 Integralidad y multidimensionalidad del proceso salud enfermedad como base para la inclusión

Capítulo III transversalidad de las perspectivas del derecho a la salud, género e interculturalidad

3.1 La salud como derecho ciudadano

3.1.1 Instrumentos específicos de la perspectiva de la salud como derecho:

3.2 Interculturalidad:

3.2.1 Atención intercultural individual, familiar y conjunto socio-cultural

3.2.2 Instrumentos que visibilizan la perspectiva de Interculturalidad

3.3 La perspectiva de género en el MIS: feminista, histórico y relacional

3.3.1 Resultados de estudio caracterización de género.

Los principales riesgos y enfermedades por sexo

Principales ideas equivocadas y temores sobre Planificación familiar y educación

Ideas equivocadas y temores más comunes en Educación

3.3.2 Instrumentos que visibilizan la perspectiva de género

3.3.3 La perspectiva de género en el clima organizacional

3.4 Perspectivas y atributos del MIS.

Capítulo IV Los Programas de Atención con base en los tres niveles de análisis acción

4.1 El Programa Individual de Atención en Salud:

4.2 El Programa familiar de salud:

4.3 Programa Comunitario de Salud

4.4 El sistema de referencia en los pilotajes:

4.5 La Vigilancia en salud

Capítulo V el Modelo de Gestión

5.1 Conducción

5.2 Planificación

5.3 Organización

5.3.1 Organización Institucional:

5.3.1. 2 El Nivel Conductor

5.3.1.3 El nivel gestor:

5.3.1.4 El nivel Ejecutor

5.3.2 La organización comunitaria

5.4 La Gestión del Recurso Humano

5.4.1 Reclutamiento y selección de personal

5.4.2 Administración del Recurso Humano

5.4.3 Los procesos de formación y capacitación permanentes:

5.4.4 El Clima organizacional:

5.5 Los procesos de Monitoreo, supervisión y evaluación

5.5.1 Evaluación del desempeño

Los instrumentos de supervisión del MIS

5.6 La gestión de medicamentos y dispositivos médicos

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5.6.1 Programación de medicamentos y dispositivos médicos

Compra de medicamentos y dispositivos médicos:

5.6.2 Almacenamiento y distribución de los medicamentos y dispositivos médicos:

5.7 Los procesos de Información

5.7.1 Captura de la información

5.7.2 Procesamiento de la información

5.7.3 Verificación de la calidad del dato

5.7.4 Uso y Análisis de la información:

Capítulo VI. Resultados

6.1. Resultados con relación a las perspectivas

6.1.1 Derecho a la salud

6.1.1.1 Resultados obtenidos de acuerdo a los indicadores de la perspectiva del derecho a la salud

Porcentaje de Cobertura de vacunación en menores de un año con OPV:

Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG

Porcentaje de familias que al menos un miembro de la familia ha recibido atención.

Porcentaje de familias visitadas en visita integral

Porcentaje de familias con reconocimiento de señales de peligro de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y embarazo.

Cobertura de primer control prenatal:

Porcentaje de control a mujer embarazada en noveno mes

Porcentaje de familias con mujeres embarazadas que cuentan con plan de emergencia

6.1.2 Interculturalidad

6.1.2.1 Resultados obtenidos de acuerdo a los indicadores de interculturalidad

Porcentaje de impresiones clínicas de enfermedades maya populares en el MIS

Porcentaje de Referencia a terapeutas mayas de impresión clínica de enfermedad maya popular

Vigilancia de enfermedades maya populares

6.1.3 Género

6.1.3.1 Resultados de los indicadores de la perspectiva de género

Porcentaje de atención a mujeres por motivos no reproductivos

Porcentaje de atención a hombres mayores de 10 años

Porcentaje de hombres que apoyan el plan de emergencia familiar

6.2 Resultados en relación a los atributos del MIS

6.3 Resultados de los programas

Resultados del Programa Individual de salud

Resultados del PFAS

Resultados del programa comunitario de salud Resultados en Planificación Familiar

Resultados en la red de servicios

Capítulo VII: Lecciones aprendidas

Perspectivas y programas

7.2 Claves para la operativización de un marco conceptual transdisciplinario y entre paradigmas de la salud

7.2.1 Las tácticas Operativas:

7.2.2 Aplicación práctica de la perspectiva de género relacional

7.2.3 Coordinación en paralelo: sinergia de las acciones interculturales

7.2.4 Implementación escalonada de programas

Capítulo VIII: Beneficios

8.1 Percepción del derecho a la salud por parte de los usuarios:

8.2 Sostenibilidad en la atención

Externalidades económicas:

8.4 Desarrollo de proyectos de infraestructura vial, saneamiento básico, pecuario, forestal y educativo.

8.5 Asistencia inmediata a desastres

Capítulo IX: Recomendaciones

9.1 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter técnico consiste en:

9.2 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter comunitario consisten en:

9.3 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter legal consisten en:

Capitulo X: Bibliografía

Capitulo XI: Bibliografía interna

Presentación

El presente documento contiene la sistematización del modelo e atención incluyente en salud (MIS), el cual es una propuesta de primer nivel de atención basado en tres principios generales, denominados en el mismo, perspectivas, la cuales son:

1. El Derecho a la salud entendido como el derecho a la atención
2. La Interculturalidad
3. El Género

En un contexto nacional en el que la focalización en salud, es la estrategia que rige el proceso de extensión de cobertura del primer nivel de atención, el MIS propone una provisión de carácter universal, entendida como la disposición de servicios de salud a todos los miembros de la sociedad sin distinción alguna.

Para ello propone:

1. La entrega de servicios de promoción, prevención atención y rehabilitación
2. La articulación de los ámbitos institucional y comunitario
3. La articulación de los modelos de atención biomédico y maya
4. El establecimiento de la vigilancia sociocultural de la salud y

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5. La provisión de servicios dirigido tres niveles de análisis - acción: el individuo, la familia y la comunidad.

El documento incluye la sistematización de los procesos técnicos, administrativos, de recursos humanos, los niveles de organización y la infraestructura de servicios de salud propuestos para el adecuado funcionamiento del MIS en dos áreas de intervención

1. La Boca Costa de Sololá en los distritos de Guineales y Xejuyup de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá
2. Quetzaltenango en el municipio de San Juan Ostuncalco

De igual forma desde la perspectiva antropológica este documento permite dar cuenta de las perspectivas, atributos y servicios del MIS, a partir de la percepción de los usuarios y los proveedores.

Las principales limitaciones de la presente sistematización, es la ausencia resultados de impacto a partir de la modificación de indicadores tradicionales de salud así como la comparación con el Programa de Extensión de Cobertura y el primer nivel de atención del MSPAS

Abordaje Metodológico para sistematizar el MIS.

La experiencia sujeto de sistematización ha sido el “Proyecto Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en dos distritos, Con Carácter Piloto” dicho proyecto se encuentra en ejecución en la Boca Costa de Sololá y San Juan Ostuncalco de Quetzaltenango.

La sistematización de la experiencia partió de la recuperación de la información como un proceso vivido, se entendió la sistematización como la “interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y construcción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo” (Jara 1999:22) para ello se contó con la participación de diferentes actores que formaron y forman parte de la experiencia del MIS.

La sistematización se ha llevado a cabo a partir de ciencias diferentes, la salud pública, la epidemiología y la antropología

La sistematización de la experiencia en los aspectos relacionados a la salud pública y la epidemiología, se desarrolló a partir de identificar los procesos, procedimientos y actividades involucrados en la implementación de los tres programas de atención del MIS y la vigilancia sociocultural.

Desde la perspectiva de la antropología se hizo énfasis en los actores, el saber, lo que dicen y hacen, en los tres programas del MIS y sus diferentes componentes, particularmente desde la perspectiva y atributos del MIS.

Actores que facilitaron información del para la sistematización del MIS

Nivel	Actores
Comunitario	Comadronas Terapeutas Mujeres, hombres COCODE, COPEC.
Institucional	ASC EAPAS Coordinadores de los pilotajes
Instituciones de Coordinación	ONGS IDEI, Clínica Maxeña Distritos de salud SJO y Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacan
Sede central del Proyecto	Equipo de san Lucas

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La ruta metodológica de la sistematización:

Vistas de reconocimiento del terreno

La sistematización inició con un breve proceso de inducción basada en la información otorgada por el coordinador general en San Lucas. Posteriormente se desarrollo una visita a los pilotajes de Boca Costa de Sololá y San Juan Ostuncalco.

Revisión documental

El equipo de San Lucas facilitó la documentación desarrollada a partir marcos conceptuales, planificación, programación, protocolos, guías de atención, instrumentos de registros, monitoreo, supervisión y evaluación. De igual forma se facilitaron los informes anuales, documentos administrativos. A partir de esta revisión documental se inicio el mapa de identificación de procesos, procedimientos y actores tanto de la provisión como de la gestión del MIS.

Trabajo de campo:

A partir del mapa de identificación de procesos desarrollado mediante la revisión documental se procedió a sistematizar la operacionalización de los mismos en el quehacer del trabajo diario de los diferentes niveles de organización del MIS a través de:

1. Entrevistas semi estructuradas a prestadores de servicios, autoridades de los distritos, consultores del equipo conductor, coordinadores de los pilotajes.
2. Grupos focales: madres de familia, padres de familia, terapeutas, equipos de ambos pilotajes.
3. Observación y diario de campo del desempeño de los agentes de salud comunitario y de los equipos de apoyo al primer nivel de atención en los tres programas de atención del MIS y la vigilancia sociocultural de la salud.

Análisis de la información:

1. Revisión, análisis, valoración e interpretación del material documental
2. Transcripción en programa de Word de la información grabada.
3. En un cuadro de Excel se estableció un formato con criterios de análisis basados por temas.
4. Selección de la información a ser incluida en los informes preliminares e informe final.

Capítulo I Línea Histórica del MIS: la experiencia de un primer nivel de atención

La historia y el camino que ha recorrido la propuesta “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente” -Bases y Lineamientos” se caracteriza por cuatro etapas que son las siguientes: concepción de la idea, formulación del MIS, implementación y el momento actual. Se resalta en forma cronológica aquellas acciones que han sido significativas para la experiencia, basada en la vivencia de los diferentes actores que han sido parte de la misma. Dado a que la sistematización tiene carácter exploratorio por el tiempo limitado, no es posible profundizar en algunas situaciones pero el texto permite conocer el transcurrir de la experiencia.

Las etapas del MIS

1.1 Etapa de concepción de la idea

La Reforma del Sector Salud que emergía en 1997, avanzó de manera importante en lo que se conoce como el Programa de Extensión de Cobertura en el primer nivel de atención en salud (PEC), en el marco del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). El PEC planteó una nueva relación entre las organizaciones privadas no lucrativas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), basada en la contractualización. Luego de varias décadas de distanciamiento o relaciones mal entendidas con la mayor parte de organizaciones sociales, el MSPAS hizo un planteamiento interesante que era la versión guatemalteca de las reformas de salud restrictivas y baratas basadas en un paquete básico y, en el caso guatemalteco, en un masivo voluntariado y flexibilización laboral.

Ante este contexto, organizaciones históricas como la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Pastorales de Salud, el Movimiento Nacional y Asociaciones de Promotores, la Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas (CNOG), la Fundación de Desarrollo Comunitario (FUNDESCO), Fundación Ecuménica Guatemalteca Esperanza y Fraternidad (ESFRA) y la Asociación para la Promoción y el desarrollo de la comunidad (CEIBA); y, prestadoras de servicios del PEC, como la Cooperativa el Recuerdo, Asociación IDEI y Pies de Occidente, desarrollaron un debate sobre la Reforma de Salud para luego de constituirse en una coalición llamada Instancia Nacional de Salud (INS), cuya finalidad ha sido incidir en la política y en el sistema de salud mediante análisis y generación de propuestas.

El trabajo de la INS consistió en desarrollar espacios de reflexión, discusión y debate sobre el sistema y reforma de salud. Se publicó por varios años la Revista Portadores de Sueños, se desarrollaron varias investigaciones, monitoreo de servicios públicos de salud, foros a nivel nacional, departamental y regional. DE igual forma se desarrollaron procesos de cabildeo con el despacho ministerial de salud de diferentes administraciones, así como aportes en diferentes

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

eventos académicos a nivel internacional. En ese proceso se lograron hacer gestiones con diferentes agencias de cooperación como MEMISA, MISEREOR, Medicus Mundi Navarra y el Centro Canadiense de Estudios y Cooperación Internacional (CECI).

En ese marco de acciones, la INS concluyó que el primer nivel de atención en salud era fundamental para impulsar mejoras sustanciales al sistema de salud del país. A partir de los resultados del estudio “Análisis de la implementación del Modelo de Primer Nivel de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en Guatemala” que se desarrolló a partir del estudio de casos en tres prestadoras del Programa de Extensión de Cobertura PEC, se logró identificar la importancia de dicho programa, las debilidades que se derivaban de un modelo de atención que basado en la focalización. Dentro de los resultados del estudio se resalta:

- La forma como se establecía la relación Ministerio de Salud y prestadora privada era generadora de inequidades para la población por aspectos de carácter jurídico- legal y formas de programación técnica y presupuestaria.
- El modelo de atención se basaba en una provisión de servicios enmarcados en un paquete básico que carecía de integralidad, calidad, eficiencia y eficacia. La forma de organizar los servicios no era compatible con las prioridades sanitarias e insostenibles desde el punto de vista técnico y de recursos humanos.
- No existía una adecuación a aspectos de género, interculturalidad y epidemiología local en el modelo del PEC. (Verdugo 2000)

A partir de ello, se iniciaron talleres para la formulación de la propuesta de primer nivel. Posteriormente, se concluyó en la necesidad de gestionar un proyecto que permitiera contratar a un equipo que hiciera la conducción y la síntesis de un modelo de atención en salud que fuera producto de recoger las lecciones aprendidas de una gran cantidad de experiencias de salud comunitaria, del PEC y de otras experiencias en otros países de Latinoamérica. Esta necesidad coincidió con el interés de Medicus Mundi Navarra de realizar un esfuerzo estratégico por desarrollar una cooperación técnica y financiera que innovara con alta calidad técnica las deficiencias ya constatadas del PEC.

1.2 Etapa de formulación del Modelo Incluyente en Salud (MIS)

El proyecto de formulación de un primer nivel de atención fue aprobado por Medicus Mundi Navarra; y, a partir del 2000, se constituyó un equipo de trabajo transdisciplinario dentro del campo de la salud, que trabajó a lo largo de aproximadamente dos años. La metodología de la formulación involucró diversas técnicas de investigación dentro de las que vale destacar las de naturaleza participativa. Se realizaron talleres temáticos con actores que conocían el tema a tratar, así como talleres de avances y definiciones del modelo con los miembros de la INS para ir consensuando el proceso de formulación. Los actores involucrados en dicha formulación fueron organizaciones que realizaban trabajo de salud comunitaria, atención en salud de primer nivel, prestadoras de servicios del PEC, organizaciones sociales e indígenas. Con relación al nivel académico de las personas que participaron, estos fueron desde personal comunitario como promotores/as de salud, terapeutas maya populares, comadronas, hasta personal técnico y profesional.

El producto final fue el Libro Verde “Hacia un primer nivel de Atención en Salud Incluyente – Bases y Lineamientos-” que fue presentado en talleres de expertos y en un foro a nivel nacional con participación de representantes de la espiritualidad maya, académicos de las ciencias sociales y el Ministerio de Salud. Posteriormente se dieron varias presentaciones y talleres, ante

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

una gran diversidad de actores del sector salud como el equipo de la Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel del Ministerio de Salud (UPS 1), expertos en salud pública, maestrías, sindicatos y otras organizaciones.

Antes de terminar la formulación, se tomo la decisión en la INS de que el modelo de atención de primer nivel propuesto¹, debía ser validado en la práctica por lo que era necesario pasar hacer una gestión para implementarlo con carácter de pilotaje. El objetivo fundamental era validar el modelo y hacer las mejoras necesarias para constituirse en una propuesta sólida para la política pública de salud.

A finales del 2001, ya se había hecho la selección de las organizaciones que participarían como prestadoras del MIS y se comenzaban hacer arreglos con el consorcio Medicus Mundi Navarra y CORDAID para la gestión de un proyecto que se financiara con fondos de la Comisión Europea por varios años. Luego del foro a nivel nacional de febrero del 2002, se pasó en corto tiempo a formular el proyecto, negociar con el Ministerio de Salud, y desarrollar procesos de gestión y negociación ante la Comisión Europea, identificadas como fuente de financiamiento para la implementación del MIS.

A lo largo del 2002, se buscó seguir la reflexión teórica y metodológica iniciada con la formulación del MIS, por lo que el equipo formulador pasó a realizar un Curso de Especialización de Postgrado sobre Interculturalidad, Género y Salud, en coordinación con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Este curso fue de naturaleza experimental y permitió intercambiar a lo largo de 8 meses, con más de treinta profesionales de distintas disciplinas, aspectos de carácter transdisciplinario² y del nuevo paradigma de la ciencia. A finales del 2002, ya estaba todo listo para dar el siguiente paso: la implementación del MIS.

1.3 Etapa de implementación

Una vez aprobado el proyecto, el consorcio Medicus Mundi Navarra-CORDAID generó las condiciones financiera para que se iniciará la implementación del MIS en marzo del 2003 y se continuara con el proyecto financiado por la Comisión Europea en octubre del 2004. Esta fase contempla la validación del MIS en dos pilotajes³. Uno, en los Distritos de Xejuyup y Guineales de Boca Costa de Sololá; y, el otro, en el Distrito de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. En Boca Costa Sololá se ha estado trabajando desde el inicio con la Clínica Maxeña y en Quetzaltenango comenzó la Asociación Pies de Occidente y posteriormente fue sustituida por la Asociación IDEI.

¹ Lo que posteriormente se conocería como MIS.

² El Paradigma complejo o transdisciplinariedad basa sus reflexiones en el “descubrimiento” de la complejidad como punto de partida para comprender la realidad social contemporánea. Para tal fin, la primera gran frontera que pretende superar, es aquella que separa el conocimiento en disciplinas auto contenidas, que cuentan con métodos, objetos de estudios, problemas de investigación, preguntas fundamentales y marcos teóricos que cambian o evolucionan sólo a partir de ellos mismas y dentro de las construcciones históricas que han establecido los límites de cada una de las disciplinas. En ese sentido, busca que los investigadores trasciendan los límites de sus propias disciplinas entablando vínculos con otros conocimientos. La idea de trascender las disciplinas se impone, de esa forma, como un imperativo necesario para comprender las realidades complejas del mundo contemporáneo.

³ Pilotaje: es la denominación que se le ha dado a las dos experiencias que se encuentran en proceso de validación en los contextos; Boca Costa de Sololá y San Juan Ostuncalco de Quetzaltenango.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Las comunidades donde se decidió trabajar con el MIS, eran comunidades que no tenían cobertura y el Ministerio de Salud estaba de acuerdo con desarrollar en ellas la experiencia. Desde el inicio del proyecto se han mantenido negociaciones en el nivel central, de área de salud y distrital, logrando a lo largo del tiempo la apertura y la flexibilidad para desarrollar un modelo de atención alternativo al del PEC.

Esta etapa ha durado 5 años y consistido en un proceso paulatino de inducción comunitaria, permanente negociación con el MSPAS, diseños técnicos e implementación de los diferentes programas y vigilancia del MIS. Asimismo, esta etapa requirió un proceso de montaje de los aspectos organizacionales, administrativos y de contratación y entrenamiento de personal. Los pasos que se dieron para la implementación fueron los siguientes:

- Inducción comunitaria
- Selección del Equipo de Apoyo para el Primer Nivel de atención en Salud (EAPAS)
- Selección y curso intensivo de personal que trabajaría posteriormente como agentes de salud comunitaria
- Construcción de las casas de salud comunitaria
- Censo y croquis
- Diseño e implementación del Programa Individual de Salud (PIAS)
- Diseño e implementación del Programa Familiar de Salud (PFAS)
- Diseño e implementación del Programa Comunitario de Salud (PCOS)
- Diseño e implementación de la vigilancia en salud sociocultural
- Diseño e implementación del sistema de información automatizado y manual en paralelo al desarrollo de los programas de salud diseñados.
- Procesos permanentes de monitoreo, acompañamiento y evaluación que se redefinió aspectos básicos del trabajo de todo el proyecto.

En general, el trabajo ha sido desarrollado de la siguiente manera:

- El diseño técnico y el acompañamiento para su implementación ha sido a través del equipo técnico de la oficina central del proyecto ubicada en San Lucas Sacatepéquez. Se ha tenido la participación de asesores y consultores especializados en diferentes temas como por ejemplo: mediación pedagógica, vigilancia en salud, interculturalidad, género, medicina social y salud pública.
- En cada etapa se han desarrollado procesos de validación y negociación con los EAPAS y ASC, modificándose o adaptándose cada paso al contexto de cada pilotaje.
- Las negociaciones con los líderes y organizaciones comunitarias han sido de carácter continuo y permanente. De igual forma la participación comunitaria en las diferentes etapas de proceso ha sido constante, de las cuales una de las más relevantes la constituye la construcción de las casas de salud comunitaria en las que su intervención ha consistido en la obtención o donación del terreno, materiales de construcción y mano de obra en algunas ocasiones.
- La estrategia definida para la implementación técnica de los aspectos programáticos, vigilancia en salud y sistema de información, fue de manera escalonada por motivos de carácter técnico y social. De carácter técnico, por la dificultad a todo nivel de enfrentar la complejidad de cada aspecto técnico en un corto tiempo; y, de carácter social, por el proceso de relaciones y confianzas que a nivel comunitario se tenían que construir.

1.4 Etapa del momento actual y sus perspectivas a futuro

Luego de 5 años de trabajo, en 2008, el MIS ha logrado validarse como una alternativa al modelo de atención del PEC. Durante los últimos dos años, los tres programas de salud del MIS han funcionado y a partir de ahora están en proceso de continuas mejoras con base a la experiencia obtenida en los dos pilotajes. Igualmente se ha logrado integrar y operacionalizar las diferentes perspectivas y atributos en las que se fundamenta (ver más adelante).

Por el buen desempeño del proyecto y la importancia del MIS ante la política de salud, la Comisión Europea aprobó una segunda fase que va de julio del 2008 a junio del 2011. El objetivo fundamental de la INS, es tener el tiempo suficiente para lograr incidir en el MSPAS y en la política de salud para que la totalidad o parte del MIS pueda ser replicado en otras partes del sistema de salud y que las dos experiencias piloto puedan ser absorbidas por los distritos de salud respectivos.

Asimismo, para el equipo conductor del MIS, las lecciones aprendidas y los aportes técnicos del modelo abren la posibilidad de generar un intercambio de experiencias en el campo de la formación de recurso humano, la investigación y otras propuestas de primer nivel, de salud comunitaria o modelos alternativos.

Capítulo II Marco teórico y operativo del MIS

Nuevas bases conceptuales del primer nivel de atención

2.1 Perspectivas y atributos, conceptualización del primer nivel de atención

Esta propuesta de primer nivel de atención desde su objetivo general destaca las perspectivas y atributos como base fundamental del Sistema Público de Salud en Guatemala. Para el MIS éstas formaron parte del protocolo de investigación que concluyó en el “Libro Verde”. Para la atención de salud particularmente en el primer nivel de atención, la propuesta ha considerado aplicar estas perspectivas y atributos para lograr una mayor cobertura e incidir de manera progresiva en la prevención y resolución de los problemas de salud.

Se manejan transversalmente desde las bases conceptuales y se operacionaliza en los programas de atención, en el clima organizacional, en la planificación evaluación y monitoreo y en el sistema de vigilancia epidemiológica del MIS. Por lo tanto estos temas han sido considerados desde la formulación de la propuesta tanto en su diseño técnico como gerencial y los diferentes procesos de formación desarrollados.⁴

⁴ Ejemplo. Curso de formación intensiva de los Agestes de salud comunitarios (ASC)

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2.2 Conceptualización del primer nivel de atención:

El concepto de niveles de atención⁵ inicialmente se asocio con las características del personal, las unidades operativas o establecimientos de salud y de las modalidades administrativas de la prestación de servicios, circunscritos a la forma de organización de los servicios de carácter institucional.

En este contexto institucional el primer nivel de atención ha sido concebido como el primer contacto entre los servicios institucionales y la población enfatizando de forma progresiva la participación comunitaria y la intersectorialidad como elementos importantes para el logro de los objetivos sanitarios.⁶

Mas allá de la respuesta institucional organizada a partir de la definición de los niveles de atención, la estrategia de atención primaria de salud establecida en 1978 en la Reunión de Alma Ata, planteaba la necesidad fundamental de identificar los factores socioculturales subyacentes a la vida de la población y que determinan el estado de salud-enfermedad así como la interpretación de sus miembros. Se planteo la articulación funcional de la institucionalidad con la comunidad, sus recursos y sus necesidades.

Los estudios y la evidencia desarrollada a partir de la antropología permitieron identificar y caracterizar, la existencia de diferentes formas o modelos de atención dentro de las comunidades y a las cuales la población recurre de acuerdo a sus propias percepciones del proceso de salud enfermedad prevaleciente en las poblaciones. A partir de este reconocimiento entonces se hace necesario articular estos modelos o formas de atención a la respuesta institucional organizada.

Al reconocimiento de estos otros modelos de atención se refiere la concepción incluyente que plantea al MIS, que reconoce el carácter procesal y multidimensional del proceso salud enfermedad, que incluye los aspectos biológicos pero que reconoce que los factores sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, energéticos y políticos inciden sobre el individuo y la colectividad dando como resultado de ellos un estado de salud determinado.

La concepción incluyente de la salud implica por lo tanto una forma distinta de abordar la epidemiología y las formas como la sociedad se organizan y acciona para resolver sus problemas de salud.

Como punto de partida el MIS desarrolla la siguiente definición operativa del primer nivel de atención como “La articulación del conjunto de conocimientos y practicas existentes en el **ámbito institucional y comunitario** local que perteneciendo a matrices o lógicas culturales se complementan en la curación rehabilitación, prevención y a la promoción dirigida a la transformación de condicionantes–determinantes de salud a partir de un fuerte compromiso institucional y de la acción de la población como sujeto de su destino”⁷

Esta definición operativa implica por lo tanto desarrollar:

1. Un abordaje incluyente de la epidemiología

⁵ Kroeger, Axel, Luna, Ronaldo en Atención Primaria de Salud, OPS pag. 14

⁶ IDEM

⁷ Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos, 2002

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Una forma distinta de organizar los servicios

Para el abordaje de la epidemiología con carácter incluyente se plantea la inclusión de diferentes matrices o elementos culturales utilizados en las poblaciones para explicar el proceso salud enfermedad, que genera la posibilidad de ampliar conocimientos y la actuación sobre diferentes problemas de salud. A esta epidemiología el MIS la denomina Epidemiología sociocultural.

La construcción de un perfil epidemiológico socio-cultural como parte de la vigilancia en salud conlleva el esfuerzo práctico de tratar de resolver los problemas de salud con él detectados y para lo que se realizan acciones en salud que incluyan y articulen los diferentes conceptos y prácticas que se han expresado en las comunidades donde el MIS se ha implementado.⁸

El MIS reconoce que 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 deben abordarse sus condicionantes y determinantes.

El abordaje de los condicionantes y determinante propuestos en el MIS se desarrolla a partir de la Reproducción Social como categoría de análisis, reconociendo que entre los procesos de reproducción material y los socio-culturales existe una estrecha relación y cada uno de ellos media y afecta al otro.

Los procesos de reproducción material y cultural, la exposición a riesgos y la satisfacción de necesidades pueden ser particulares y se reflejan en procesos de salud-enfermedad específicos en diferentes grupos de población, lo que permite identificar distintos *conjuntos socio-culturales* que reproducen condiciones y acciones sociales, económicas, culturales y políticas que les caracterizan.

La reproducción social se expresa y visibiliza en 3 niveles de *análisis-acción*: el comunitario, el familiar y el individual, y es a partir de éstos que el MIS plantea el desarrollo de las intervenciones sanitarias en el primer nivel de atención.

2.3 El Diseño Programático

Los programas de salud dentro de la concepción general pueden destinarse a grupos o a problemas específicos,⁹ tales como:

1. Programas dirigidos a poblaciones especiales
2. Programas para la salud en general
3. Programas para la prevención, protección y control de enfermedades

A partir de la definición operativa del primer nivel de atención del MIS,¹⁰ el diseño programático se desarrolla en consonancia con la concepción social antropológica y la articulación de enfoques epidemiológicos.

⁸ Trabajo de campo de la presente sistematización

⁹ De acuerdo a la estrategia de atención primaria en salud ver. Kroeger. Axel, Luna, Ronaldo, en Atención Primaria de Salud, OPS, DSE, pag 5

¹⁰ Ver página 19 del presente documento

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La concepción social antropológica.

Para el diseño programático el MIS, consecuente con la perspectiva de la medicina social y la antropología de la salud, enfatiza el carácter y determinación social del proceso salud enfermedad. La racionalidad del diseño programático del MIS adiciona a las herramientas de la salud pública y la epidemiología, el reconocimiento del papel central que tiene la concepción social y multidimensional del proceso salud enfermedad y a partir del concepto de reproducción social identifica tres niveles mediadores descritos como niveles de análisis-acción, la comunidad, la familia y el individuo para lograr una acción de transformación por parte de la población local en los determinantes y condicionante de salud que los afecta.

Para lograr esta transformación el MIS plantea un abordaje articulado del ámbito institucional y el comunitario para la atención individual familiar y comunitaria a través programas:

1. El programa comunitario de salud (PCOS).
2. El programa familiar (PFAS) y
3. El programa individual (PIAS).

Articulación de enfoques:

Otro de los elementos conceptuales importantes surge de la necesidad de articular el enfoque de riesgo¹¹ y el enfoque poblacional¹² ampliamente utilizados para el diseño de servicios de salud que en muchas ocasiones para los formuladores de políticas públicas parecieran ser excluyentes. Por lo que ambos enfoques se integraron de forma práctica concretando el énfasis y ámbito de acción de cada programa propuesto con relación a dos variables: el Tipo de atención y enfoque epidemiológico. El esquema siguiente ilustra la elaboración final:

Cuadro No.1

Esquema de atención y enfoque epidemiológico por programa del MIS

Programa	Tipo de Atención	Enfoque Epidemiológico
Comunitario	Promoción	Poblacional
Familiar	Promoción, prevención	Riesgo
Individual	Prevención, curación y rehabilitación	Riesgo

¹¹ El enfoque de riesgo es un método que se utiliza para diseñar, conducir y evaluar servicios de salud basado en la medición de la necesidad individual o de grupos especiales

¹² El enfoque poblacional es un método para diseñar, conducir y evaluar servicios de salud basado en el abordaje de poblaciones en su conjunto reconociendo sus diferencias y trabaja sobre los determinantes de la salud.

Integralidad y multidimensionalidad del proceso salud enfermedad como base para la inclusión

El MIS parte del reconocimiento del aspecto procesal y multidimensional del proceso salud enfermedad como base de la inclusión, parte del reconocimiento de la forma en que las matrices o lógicas culturales pueden dar sentido diferente a una patología o reconocer la existencia dentro de los conjuntos socioculturales y comunidades de algunas enfermedades que no son conceptualizadas bajo el paradigma biomédico.

Este reconocimiento implica que la atención clínica debe tomar en cuenta las concepciones, conocimientos, actitudes, prácticas y preferencias con relación al proceso salud enfermedad en las dimensiones biológicas, psicológicas, las significativas simbólicas y la espiritual energética.

El reconocimiento de estas dimensiones implica dentro de la operacionalización del MIS:

- Un mayor entendimiento y comprensión sobre los procesos de auto atención y el camino del enfermo.
- Atención clínica pertinente a la cultura del paciente a través de mantener una transacción o relación positiva entre la cultura de salud de los servicios y la población o el individuo enfermo.
- Reconocer y entender que la situación del paciente trasciende a lo biológico y es una expresión de su situación social en particular dentro de la familia, la comunidad y la sociedad en general.
- Búsqueda de información de forma sistemática sobre la morbilidad y mortalidad definidas bajo otros modelos de salud.

Capítulo III transversalidad de las perspectivas del derecho a la salud, genero e interculturalidad

El MIS se basa en tres perspectivas y atributos, que se materializan de manera transversal en los programas, en el sistema de vigilancia epidemiológica y en el ciclo administrativo.

En seguida se da a conocer el concepto basado en el marco conceptual asimismo, se describe cómo su aplicación en cada programa y en el proceso organizacional.

3.1 La salud como derecho ciudadano:

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

El marco conceptual de esta perspectiva planteada en el Libro “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” considera la perspectiva del derecho a la salud como “...) la salud como derecho humano radica en que ésta no sólo sea percibida por las personas como un “servicio” sino como un derecho ante el cual existe una obligatoriedad estatal”. (INS 2002:6)

Verde considera la salud, como un derecho ciudadano en el cual tiene obligación el Estado, no como un servicio. Al hacer efectivo el derecho a la salud en un primer nivel de atención debe considerar la promoción de la organización el empoderamiento y la participación activa de las comunidades.

3.1.1 Instrumentos específicos de la perspectiva de la salud como derecho:

- Ficha clínica, Ficha familiar
- Guía de abordaje
- Guía de cotejo en la atención en la consulta
- Guía de abordaje de problemas de la mujer

Los descriptores que se describen en el siguiente cuadro es la forma de cómo la perspectiva del derecho a la salud se operativiza en los programas así como en la vigilancia epidemiológica.

Cuadro No. 2 Descriptores de la perspectiva de derecho a la salud en los programas y la vigilancia epidemiológica

PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Acceso a los servicios Atención continua, permanente e integral en las CSC Consejería Actividad inter-programática: se da atención individual integral a demanda. No hay barreras de acceso a la población, se atienden sean o no del área de cobertura. Se atiende los derechos específicos de las mujeres. Se identifican	La visita integral, incluye información de todos los que integran la familia. Se hace al menos una visita al año a todas las familias. Consejería En la actividad inter-programática se desarrollan los tres programas y se aplica la integralidad en la atención	Organización de las (Comisión del plan de Emergencia comunitaria COPEC, esta organización se establece con la participación de la comunidad y sus líderes. Los objetivos y contenido de éste programa se da a conocer en el capítulo IV así como de los otros dos programas. Actividad inter-programático, aplica en las comunidades de difícil acceso	Se reconoce las enfermedades crónicas, y transmisibles así como las enfermedades mayas populares

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

enfermedades populares probables.	mayas como		Devolución de la información de Censo y línea basal a líderes de la comunidad.	
-----------------------------------	------------	--	--	--

Fuente: Análisis de sistematizadoras a través del análisis de la información documental.

3.2 Interculturalidad:

En el MIS la interculturalidad, implica la promoción sistemática y gradual, desde el Estado y desde la Sociedad Civil, de espacios y procesos de interacción positiva que conduzcan a relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, aprendizaje e intercambio, cooperación y convivencia.... (Jiménez, 2000) tomado de (Presentación Interculturalidad 2007 en Power Point)

Es entendida en el MIS como la relación social en el aspecto económico, político, ideológico y cultural, en la cual históricamente han existido relaciones de desigualdad. Por lo tanto el reto es construir relaciones equitativas entre los diferentes grupos socioculturales. La propuesta busca avanzar hacia el respeto, la convivencia, y el desarrollo humano desde la equidad y la diversidad. Esta perspectiva también formó parte del contenido de los módulos que recibieron los ASC en su formación, para el desarrollo de éste tema se ha contado con el apoyo de una consultora con experiencia en la articulación de la biomedicina con la medicina maya popular.

Se hizo un diagnóstico con terapeutas en el cual se identificó, la especialidad, tipo de terapeuta, personas que curan, enfermedades que curan entre otras. Actualmente en cada CSC los y las ASC se reúnen con terapeutas cada tres meses y se han realizado intercambios de experiencias cada año con todos los terapeutas de cada pilotaje, se ha trabajado de acuerdo a intereses compartidos. El resultado de éste diagnóstico se devolvió a los terapeutas con el propósito de respetar y hacer valer los conocimientos que compartieron.

3.2.1 Atención intercultural individual, familiar y conjunto socio-cultural

Esta perspectiva se aplica en los tres programas de atención y en el sistema de vigilancia epidemiológica. Se adecua a los contenidos y metodologías para el trabajo con personas y familias.

Instrumentos que visibilizan la perspectiva de Interculturalidad

- Guías de abordaje para la atención clínica
- Trabajo con huertos de plantas medicinales en cada casa de salud comunitaria.
- Referencia y contra referencia con terapeutas maya populares.
- Guías y materiales de apoyo para la visita familiar
- Instrumentos de supervisión sobre desempeño del personal para la atención a personas y visitas familiares
- Ficha clínica
- Ficha familiar
- Tácticas operativas 2007

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- Fichas de monitoreo de atención clínica y ficha familiar.
- Informe de diagnóstico de terapeutas mayas proyecto de implementación / INS 2006
- Protocolo de vigilancia epidemiológica sociocultural: enfermedades tradicionales y populares. (Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDEI/Instancia nacional de Salud) 2008.

Cuadro No.3
Descriptorios de la interculturalidad en los programas y la vigilancia epidemiológica

INTERCULTURALIDAD	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
<p>Relacionamiento social</p> <p>Avanza hacia el respeto convivencia y el desarrollo humano desde la equidad.</p> <p>Dar lugar a relaciones mas equitativas</p> <p>Adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local.</p> <p>Complementación-articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud (institucional y comunitario)</p> <p>Coordinación en paralelo entre personal de salud y los agentes comunitarios.</p> <p>Búsqueda de interculturalidad equitativa: más que tolerancia, respeto-validez, aceptación – comprensión.</p>	<p>Abordaje integral</p> <p>Camino del enfermo</p> <p>Auto-diagnóstico</p> <p>Reconocimiento de enfermedades maya populares</p> <p>Reconocimiento de las otras matrices y lógicas culturales para entender y atender las enfermedades a través del auto-diagnostico</p> <p>Articulación de tratamientos biomédicos y la medicina maya popular en los tratamientos</p> <p>Referencia a</p> <p>Camino del enfermo</p>	<p>Abordaje integral</p> <p>Auto atención en salud</p> <p>Se identifican riesgos familiares relacionados con la auto-atención</p> <p>Plan de emergencia familiar</p> <p>Identificación de enfermedades mayas populares</p> <p>Reconocimiento y de la tipología de familias para la toma de decisiones</p>	<p>Reuniones de intercambio con terapeutas (trimestrales y anual) Intercambio horizontal de conocimiento y práctica en salud, en las reuniones con terapeutas.</p> <p>Reuniones con COPEC</p> <p>Se trabaja con el huerto de plantas medicinales en cada casa de salud, menos Tizate de SJO.</p> <p>Referencia con terapeutas mayas.</p> <p>Plan de emergencia comunitario</p>	<p>La base de dato identifica: autodiagnósticos y caminos del enfermo (otros modelos explicativos).</p> <p>Registro de impresiones clínicas sobre enfermedades maya populares.</p> <p>Identificación de perfiles epidemiológicos socioculturales</p> <p>Registro de actores que toman decisiones ante las emergencias.</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Fuente: Análisis de sistematizadoras a través del análisis de la información documental.

3.3 La perspectiva de género en el MIS: feminista, histórico y relacional

Los enfoques dominantes de género: especialmente en el campo de la salud generalmente centran sus enfoques a mujeres y en su condición reproductiva sin embargo, el MIS ofrece una atención integral, porque atiende la salud de las mujeres en todas las edades y por motivos reproductivos y no reproductivos. A partir de la concepción incluyente en salud, y de que esta no tiene una dimensión individual sino colectiva la perspectiva de género del MIS parte de los siguientes enfoques:

- Enfoque Feminista: parte del reconocimiento de un sistema desigual de relaciones de poder entre hombres y mujeres.
- Enfoque Histórico: parte de que las relaciones de género deben ser historizadas y contextualizadas, para evitar visiones etnocéntricas o esencialismos culturales.
- Enfoque Relacional: parte de considerar el género como una construcción y un sistema social de relaciones (entre hombres y mujeres) y no únicamente como la condición social de las mujeres (Szaas: 1997)

El enfoque de género ha tenido influencia en el pilotaje desde el marco teórico y conceptual, en el proceso de formación inicial de ASC, se abordó el enfoque de género en los contenidos de los módulos. Para la distribución de ASC en las CSC se tomó en cuenta la equidad de género, al menos debía haber una mujer o un hombre en cada casa de salud no obstante, la dinámica social ha mostrado que en la Boca Costa de Sololá, hay más ASC hombres debido a que las mujeres han tenido pocas oportunidades de estudiar y de trabajar fuera de la casa por lo tanto en algunas CSC hizo falta una ASC mujer ejemplo CSC de Pasaquijuyup.

En San Juan Ostuncalco fue lo contrario, se formaron más ASC mujeres que hombres, es probable que en éste lugar las mujeres han sobresalido por la migración de sus esposos a los Estados Unidos, por otro lado muchas familias se desplazan a la costa y probablemente la movilización a otro lugar permite ver otros estilos de vida de la mujer. Ejemplo, casa de salud de Agua Blanca cuenta con tres ASC mujeres.

Entre 2005 y 2006 se hizo un estudio sobre la: Caracterización de Género en 2 comunidades de la Boca Costa de Sololá y 2 de San Juan Ostuncalco Quetzaltenango los casos de: Pasaquijuyup, Pasac, Las Barrancas y El Tizate con el propósito de contar con un marco de referencia para trabajar el tema de género con mayor congruencia al contexto de los pilotajes.

3.3.1 Resultado de estudio caracterización de género.

Los hallazgos principales encontrados en éste estudio se muestra son las Las 6 desigualdades de género siendo éstas:

- 1) Carga laboral
- 2) Toma de decisiones
- 3) Descanso y recreación
- 4) Participación comunitaria
- 5) Mandatos de género
- 6) Violencia de género

Los principales riesgos y enfermedades por sexo

En este estudio se identificaron los problemas y daños específicos de hombres y mujeres mayores de 10 años los cuales se estructuraron por categorías: La información específica de las mujeres se establecen las siguientes categorías: Tipos de trabajo y carga laboral, psicosocial, condición sexual y reproductiva de las mujeres. La información de los hombres incluyen las categorías: Psicosocial, posiciones incómodas, sexualidad de los hombres y clima y ciclo agrícola.

Principales ideas equivocadas y temores sobre Planificación familiar y educación

Hombres y mujeres piensan que:

- La Planificación Familiar (PF) es pecado, eso debe ser decisión de Dios
- Los métodos de PF son abortivos
- Los anticonceptivos causan esterilidad (cuando los usa mucho tiempo)
- Los anticonceptivos provocan cáncer de la matriz
- Los prejuicios más comunes de los hombres:
- Si una mujer usa PF es porque está engañando al marido
- Una mujer que no está casada no debe usarlos.

Temores de las mujeres respecto a los efectos secundarios reales de los métodos hormonales:

- Dan dolores de cabeza,
- Engordan
- Quitan el hambre
- Problemas de venas en las piernas

Ideas equivocadas y temores más comunes en Educación

Cuando existen los medios económicos, comúnmente los padres deciden que estudien hijos e hijas.

Si los medios económicos no alcanzan, priorizarán a los varones porque:

- Van a ser cabezas de familia y el estudio les puede servir más, mientras que probablemente las hijas se casen.
- Temor que las hijas conforme crecen y avanzan en los estudios estén expuestas a violencia sexual.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- Ideas equivocadas acerca de que las mujeres no pueden salir, hablan menos el castellano o aprenden menos. (Presentación de género 2007)

A partir de los resultados anteriores el estudio de caracterización de género ha facilitado:

1. Insumos de ideas para el trabajo con grupos en temas de salud que fueron priorizados en el Plan Operativo Anual POA 2007.
2. El conocimiento de las lógicas socioculturales de hombres y mujeres conocimiento-comprensión.
3. Material para formación permanente con EAPAS Y ECOS.
4. Identificar perfiles epidemiológicos por ciclos de vida y sexo.
5. La consultora que elaboró la guía de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años, por los agentes de salud comunitaria en las casas de salud comunitarias, consultó el estudio de caracterización en el proceso de elaboración de dicha guía.

3.3.2 Instrumentos que visibilizan la perspectiva de género

- Guía de monitoreo y supervisión de la Consulta de ASC en las CSC.
- Ficha clínica
- Ficha familiar
- Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años
- Guía de observación de equidad de género en ficha familiar
- Guía de cotejo reformulada a partir de la caracterización de género desde septiembre de 2006.
- Material de apoyo a la perspectiva de género para la consejería

Cuadro No. 4 Descriptores de la perspectiva de género en los programas y la vigilancia epidemiológica.

Perspectiva de género	PIAS ¹³	PFAS ¹⁴	PCOS ¹⁵	Vigilancia epidemiológica
Género: Como categoría relacional. Busca explicar la construcción diferencial de los	Pregunta de la salud de acompañante mujer Atención por ciclos de vida	Riesgos por ciclo de vida y sexo Vigilancia sistemática de riesgos específicos (embarazo por	Actividades de Información y Comunicación con grupos (2007) Planes de emergencia	Indicadores diferenciados por sexo y ciclos de vida. Vigilancia de riesgos psico-

¹³ Programa individual de salud

¹⁴ Programa familiar de salud

¹⁵ Programa comunitario de salud

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectiva de género	PIAS	PFAS	PCOS	Vigilancia epidemiológica
seres humanos en femeninos y masculinos. Analiza las construcciones históricas en torno al sexo. Permite conocer las vulnerabilidades y potencialidades de género. Acceso a servicios deberá considerar: necesidades diferentes de hombres y mujeres (social y biológica) Eliminación de inequidades	Oferta sistemática de atención a hombres en CSC. Abordaje integral Promoción de atención a hombres. Oferta diaria de atención a hombres según sus necesidades. Carteles ilustrativos con mensaje de equidad de género, oferta de servicios a hombres, jóvenes, adultos mayores y mujeres no embarazadas Los perfiles epidemiológicos socioculturales, se diferencian por sexo. (mujeres y hombres). El abordaje de la atención a la mujer supera el enfoque materno reproductivo.	violación, abuso sexual, VBG y VIF) Participación de hombres en planes de emergencia, PF y vacunación (2007) Abordaje integral Promover la participación de hombres en la auto-atención familiar. Se identifican riesgos por ciclo de vida y sexo Vigilancia sistemática de riesgos específicos (embarazo por violación, abuso sexual, VBG y VIF) Se observa la equidad de género en la participación	comunitarios Intercambio con terapeutas. Promoción de equidad de género en actividades inter-programáticas. Participación de hombres en planes de emergencia, PF y vacunación (2007) Actividades de Información y Comunicación con grupos (2007) Devolución de caracterización de estudio de género a 4) Planes de emergencia comunitarios	sociales Sala física y situacional Reportes desagregados por sexo Indicadores específicos de género: Ej. Relación consulta mujer/hombres Porcentaje de cobertura a mujeres por no reproductivos.

Fuente: Análisis de sistematizadoras a través del análisis de la información documental.

3.3.3 La perspectiva de género en el clima organizacional

En el cuadro que sigue se muestran los descriptores en las cuales se da cuenta de la aplicación de la perspectiva de género a nivel del personal que forman parte de la experiencia.

Cuadro No.5
Descriptorios género en el clima organizacional

Aspecto de género	Descriptorios	Instrumentos
Clima Organizacional	Equidad de género en EAPAS Equidad de género en ECOS Equidad en la distribución de actividades de apoyo (ECOS y EAPAS) Perspectiva de género en la formación continua Normas para reducir conductas sexistas, machistas, homofóbicas, racistas. Uso del lenguaje incluyente en la información y comunicación Mensajes y carteles con contenido de equidad de género e interculturalidad. Datos de género en la sala situacional	Normas de seguimiento a las perspectivas de género e interculturalidad para el año 2007. Guía para lenguaje y acciones incluyentes desde la perspectiva de género Guía para un lenguaje y acciones incluyentes desde la perspectiva de interculturalidad

Fuente: Análisis de sistematizadoras a través del análisis de la información documental.

En el MIS el equipo conductor tomó la decisión de llevar la perspectiva de género desde el marco conceptual al operacional desde el enfoque de la institucionalización de la perspectiva. Por lo tanto la estrategia utilizada fue; integrar el género en las actividades programáticas, en los diferentes instrumentos que se utilizan para registros, monitoreo y evaluación, hay indicadores específicos, asimismo se han desarrollado normas y/o condiciones mínimas para la aplicación de la perspectiva de género a nivel del recurso humano en todos los niveles y en las acciones programáticas.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3.2 Perspectivas y atributos del MIS

Este cuadro ilustra de manera resumida cómo los atributos se plasman en los programas y en la vigilancia epidemiológica así como en los instrumentos en las cuales están inmersas para su aplicación.

Cuadro No.6
**Perspectivas y atributos en las normas técnicas de los programas de atención
la vigilancia epidemiológica y los instrumentos**

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>Equidad</p> <p>Atención general a la demanda.</p> <p>Derecho a la atención en salud</p> <p>Criterios diferenciales de necesidad.</p> <p>Reconocimiento de necesidades a partir de aspectos socioculturales y de género.</p>	<p>Atención por ciclo de edad</p> <p>Auto-atención, auto diagnóstico y tratamientos para el reconocimiento de otras matrices o lógicas socio-culturales.</p>	<p>Visita familiar integral una vez en todas las familias</p> <p>Consejería.</p> <p>Seguimiento de casos especiales (de enfermedades crónicas y psico-sociales)</p> <p>Observación de la equidad de género en la participación.</p>	<p>Charlas a grupos</p> <p>Coordinación e intercambio con terapeutas</p>	<p>Indicadores de género e interculturalidad.</p> <p>Identificación de riesgos y seguimiento de los casos especiales</p>	<p>Guía de observación de equidad de género en ficha familiar</p> <p>Ficha clínica</p> <p>Guías de abordaje con perspectiva de género e interculturalidad</p>
<p>Integralidad</p>	<p>Atención clínica integral a demanda en CSC, atención</p>	<p>Desarrollo de planes de acción y seguimiento a</p>	<p>Se comparte y se intercambia</p>	<p>Identificación de otros modelos explicativos</p>	<p>Hojas guías para atención de</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>Atención en salud continua dirigida hacia los ámbitos comunitarios, familiar e individual, en los campos de la promoción de la salud, prevención curación y rehabilitación. Atención en salud centrada en las personas, su entorno social y sus diferentes dimensiones (biológica, psicológica, social y espiritual).</p>	<p>clínica integral por convocatoria conforme a prioridades en CSC, seguimiento de casos especiales</p> <p>Auto-atención</p> <p>Atención a mayores de 5 años, Consulta a hombres y mujeres, por ciclo de vida, otros riesgos, género y modelos culturales explicativos</p> <p>Atención integral no ligada a lo reproductivo</p> <p>Atención durante la maternidad (embarazo, parto y puerperio)</p> <p>Referencias y contra-referencias con el segundo y tercer nivel de atención en salud.</p> <p>Tratamientos con biomedicina y con plantas medicinales</p>	<p>nivel familiar como aporte a la concreción del atributo de integralidad en la atención en salud.</p> <p>Visita familiar de acuerdo a perfiles de riesgo</p> <p>Atención por ciclos de vida, conjunto de riesgos incluidos, familias desintegradas sin red de apoyo, violencia intrafamiliar, abuso sexual, alcoholismo entre otros. En este programa se detectan los riesgos, psicosociales y solo si las familias solicitan apoyo se aplica una ruta de acción y seguimiento al caso.</p>	<p>experiencias con los terapeutas.</p> <p>Se intercambia y se coordina con otros niveles de atención en salud.</p> <p>Coordinación con líderes comunitarios y grupos.</p> <p>Diagnóstico por subprogramas</p> <p>Organización de las COPEC</p> <p>Intercambio con terapeutas</p>	<p>de las principales morbilidades locales.</p> <p>Identificación de riesgos</p>	<p>consultas por ciclo de vida</p> <p>Ficha clínica, ficha familiar</p> <p>Libro de referencia y Contra-referencia</p> <p>Protocolos y normas de atención con base a la propuesta y al MSPAS:</p> <p>AIEPI, Guía de abordaje con perspectiva de género e interculturalidad.</p> <p>Informe de diagnósticos por sub programas</p> <p>Ficha clínica y vacunación.</p> <p>Fichas de registro y de reporte de vigilancia epidemiológica del sistema de vigilancia en salud.</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>Cobertura: Definida por el desarrollo de programas y acciones de atención en salud a partir de la asignación de recursos institucionales y a través de servicios continuos (no periódicos), que den respuesta a la equidad e integralidad así como a las necesidades identificadas a partir de perfiles epidemiológicos socioculturales locales. Es imprescindible visibilizar, valorar y reconocer la contribución de otros modelos de salud al logro de una mayor cobertura. De acuerdo al enfoque de derecho, el atributo de cobertura es derecho del Estado por lo que debe ser competencia institucional.</p>	<p>Atención institucional continua</p> <p>Atención integral ligada a perfiles locales</p> <p>Cobertura por ciclos de vida y sexo</p> <p>Vacunación</p> <p>Consejería</p>	<p>Atención integral por ciclo de vida</p> <p>Vacunación</p> <p>Visita familiar y visita puntual de casos especiales</p> <p>Auto atención</p> <p>Atención por riesgos</p> <p>Consejería</p>	<p>Manejo de referencias con terapeutas.</p> <p>Coordinación e intercambio con terapeutas, Copec y otros líderes.</p>	<p>Registro de casos especiales.</p> <p>Registro de indicadores del MSPAS Y MIS</p>	<p>Ficha familiar</p> <p>Ficha clínica</p> <p>Hoja de referencia con terapeutas.</p> <p>Guía de abordaje</p>
<p>Eficacia: Como atributo debe ser planteada en dos sentidos: 1. Desde el enfoque organizacional, como logro gerencial para lograr los objetivos planteados en</p>	<p>Organizacional</p> <p>Monitoreo y acompañamiento de ASC</p> <p>Evaluaciones de desempeño</p>	<p>Organizacional</p> <p>Monitoreo y acompañamiento de ASC</p> <p>Evaluaciones de</p>	<p>Charlas a grupos</p> <p>Lavado de tanques con líderes, manejo de basuras y plaguicidas</p> <p>Coordinación con COPEC</p>	<p>Seguimiento de Indicadores sanitarios y del proyecto</p> <p>Diagnóstico por sub-programas</p>	<p>Manejo de ficha clínica y ficha familiar.</p> <p>Guía de monitoreo para atención clínica</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>cuanto a promoción de la salud, prevención curación, y rehabilitación mediante las actividades desarrolladas en cada programa y subprograma. El segundo tiene que ver con el nivel de resolución de los problemas de salud. En ese sentido, se deberá reconocer e incluir la perspectiva de los modelos de salud mayoritarios del país. Por ejemplo: en la parte curativa, la eficacia del modelo institucional-biomédico tiene su mayor fortaleza en el tratamiento centrado en el medicamento (eficacia farmacológica: mientras que en el comunitario, dicha eficacia radica principalmente en la intervención de elementos presentes en el entorno y de acuerdo al contexto sociocultural (eficacia simbólica y energética)</p> <p>Articulación de lo institucional y comunitario.</p>	<p>Formación continua</p> <p>Manejo de tratamientos con la biomedicina y las plantas medicinales.</p> <p>Consejería</p> <p>Referencia y contra-referencias</p> <p>Referencia con terapeutas</p>	<p>desempeño</p> <p>Formación continua</p> <p>Consejería</p> <p>Referencia y contra-referencias</p>	<p>Coordinación con segundo y tercer nivel de atención.</p> <p>Intercambio y coordinación con terapeutas.</p>	<p>Análisis permanente de indicadores por pilotaje</p>	<p>y visita familiar</p> <p>Guía de referencias y contra-referencias</p> <p>Hoja de referencia con terapeuta</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	INSTRUMENTOS
<p>Eficiencia</p> <p>Mayores beneficios al menor costo pero sin perdida de eficacia.</p> <p>Complementación de otros modelos de salud</p> <p>Debe superar visión centrada en intereses-criterios económicos y alcanzar una perspectiva social. La potenciación de las capacidades del personal y la productividad de los recursos utilizados como infraestructura, equipo, medicamentos e insumos. Por ello, la comprensión, el respeto y el complemento con otras intervenciones en salud provenientes de otros modelos de salud, estén al alcance de la población y generen un beneficio más completo y pertinente a la población.</p>	<p>Utilización de recursos de la biomedicina y de la medicina maya popular.</p> <p>Consejería</p> <p>Formación continua de ASC</p> <p>Manejo de vacunas</p> <p>Manejo de medicamentos esenciales</p>	<p>Autoatención, se atienden riesgos según prioridades</p> <p>Consejería</p> <p>Formación continua de ASC</p> <p>Manejo de vacunas</p> <p>Micronutrientes, incaparina vitamina A.</p>	<p>Coordinación e intercambio con terapeutas</p> <p>Coordinación con segundo y tercer nivel de atención</p> <p>Manejo y cuidado del huerto de plantas medicinales.</p> <p>Intercambio de conocimientos sobre tratamientos y dosificación con plantas medicinales</p>		<p>Ficha clínica</p> <p>Ficha familiar</p> <p>Guías de monitoreo de atención clínica y visita familiar</p> <p>Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años.</p>
<p>Calidad:</p> <p>En la prestación de los servicios en términos de un</p>	<p>Aplicación de reglas de oro en la atención clínica.</p> <p>Aplicación y seguimiento de</p>	<p>Aplicación de reglas de oro</p> <p>Aplicación y seguimiento</p>	<p>Respeto y coordinación de las organizaciones y lideres ya existentes.</p>	<p>Registro y análisis de indicadores del MSPAS y del proyecto.</p>	<p>Ficha clínica, ficha familiar y guías de monitoreo</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>adecuado nivel de excelencia profesional de personal, del establecimiento de buenas relaciones humanas, del cumplimiento de las normas de atención sanitaria también debe comprender además, la adecuación sociocultural, a través de la pertinencia intercultural en el trabajo sanitario, en los niveles comunitario, familiar e individual: generando con ello una mayor accesibilidad cultural de la atención en salud.</p>	<p>tácticas operativas</p> <p>Consulta y relación ASC/paciente en el idioma local</p> <p>Cumplimiento de protocolo de atención individual</p> <p>Formación continua</p> <p>Acompañamiento y monitoreo para el mejor desempeño</p> <p>Camino del enfermo, se reconocen otras formas de atención</p> <p>Manejo de normas y protocolos del MSPAS</p> <p>Consejería</p>	<p>de tácticas operativas</p> <p>Relación de ASC con responsable de familia en el idioma local</p> <p>Protocolo de atención familiar</p> <p>Formación continua</p> <p>Acompañamiento y monitoreo para el mejor desempeño.</p> <p>Consejería</p>	<p>Intercambio y coordinación con terapeutas y líderes comunitarios COPEC, COCODE</p>	<p>Indicadores de las perspectivas</p>	<p>Tácticas operativas</p> <p>Guía de atención a las personas mayores de 5 años.</p>
<p>Tecnología apropiada</p> <p>Es el conjunto de métodos, técnicas, equipo e insumos que siendo específicos en cada modelo de salud, se articulan complementariamente a través de la coordinación de</p>	<p>El proyecto se ajusta con tecnología que hay en el país, tallímetro, balanza para peso y talla.</p> <p>Medicamentos esenciales del MSPAS, vacunas.</p>	<p>El proyecto se ajusta con tecnología que hay en el país, tallímetro copia balanza para peso y talla.</p> <p>Medicamentos esenciales del MSPAS, vacunas.</p>	<p>Plantas medicinales de los contextos de cada pilotaje.</p> <p>Manejo y tratamiento del agua</p>	<p>Base de datos y programación de reportes.</p> <p>Equipo de computo en ambos pilotajes.</p> <p>Acceso a red.</p>	<p>Guías e instrumentos creados para cada programa así como guías específicas de género e interculturalidad.</p> <p>ASC hablan idioma</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
<p>sus actores: agentes de salud comunitaria, cuidadores, terapeutas y población en general, contribuyendo a la resolución de necesidades en el campo de la salud. Las diferentes tecnologías deben ser aceptables y pertinentes para quienes las emplean y para quienes se benefician, tanto desde la perspectiva de género como desde la interculturalidad.</p>	<p>Hay instrumentos de atención, monitoreo, guías de abordaje, tácticas operativas entre otras.</p> <p>Protocolos de atención del MSPAS, AIEPI.</p>			<p>Programas para procesamiento de la información</p>	<p>local y pertenecen a las localidades.</p>
<p>Satisfacción</p> <p>Es el grado con que los servicios de salud responden a las expectativas de la población cubierta basándose en el cumplimiento de las perspectivas de género, pertinencia intercultural y la totalidad de atributos.</p> <p>Grado de satisfacción de los trabajadores de salud fundamentando en el desarrollo del ciclo administrativo que</p>	<p>En lo comunitario: Calidad y calidez en los servicios.</p> <p>Se valora el uso del idioma local en la consulta</p> <p>Tácticas operativas</p> <p>En relación con el personal:</p> <p>Existen normas de género para la oficina central</p>	<p>Tácticas operativas</p>	<p>Tácticas operativas</p>		

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
participan por niveles de responsabilidad en la planificación estratégica-táctica y operativa, con criterios organizacionales adaptados equitativamente a los contextos locales, con una dirección estratégica basada en el trabajo en equipo, liderazgo y clima organizacional adecuados, un control basado en el trabajo en equipo, formativo, y sistematizador y persona con condiciones laborales apropiadas y adecuación entre perfiles de competencia y desempeño.					
Intersectorialidad: Como la articulación de esfuerzos orientados al logro de objetivos de desarrollo y dentro de estos, la atención en salud a partir del accionar sobre las determinantes condicionantes-riesgos. La intersectorialidad requerirá un esfuerzo decidido de planificación estratégica por parte de las instituciones	Manejo de referencias y contra-referencias	Manejo de referencias y contra-referencias	Organización y capacitación con las COPEC Referencias a terapeutas	Seguimiento de indicadores de PEF y COPEC Participación de COCODES EN Reunión de Vigilancia	Hojas de referencias

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

PERSPECTIVAS Y ATRIBUTOS	PIAS	PFAS	PCOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUMENTOS
estatales (gobierno local y autoridad sectorial en el marco de una amplia participación social) confluencia y negociación con la comunidad organizada, ONGs, iglesias, sector económico entre otros.					
Participación social: promoción de la organización, empoderamiento de la población para su intervención en las diferentes etapas del ciclo administrativo para la atención en salud.			<p>Organización de las COPEC.</p> <p>Participación en los planes de emergencia.</p> <p>Tratamiento de agua, basura y plaguicidas.</p> <p>Formación de promotores y capacitación a líderes sobre primeros auxilios.</p>		

Fuente: Análisis de sistematizadoras a través del análisis de la información documental.

Capítulo IV Los Programas de Atención con base en los tres niveles de análisis acción

Los programas del MIS se han diseñado a partir de los tres niveles de análisis- acción identificados, el individuo, la familia y la comunidad, considerando que los mismos no son ámbitos de acción aislados o independientes sino que son espacios compartidos que se potencializan, de tal forma que las acciones ejecutadas, los riesgos y potencialidades en uno, puede tener efecto sobre los otros dos.

4.1 El Programa Individual de Atención en Salud:

La atención individual desarrollada en las casas de salud tiene 5 características fundamentales que los diferencian de los servicios de salud pública y privada del país:

- A. Camino del enfermo
- B. Se brinda en el idioma local
- C. Es de carácter continuo intra y extra muros
- D. Se aplican protocolos que permiten la atención integral a los diferentes ciclos de vida y sexos
- E. Se realiza coordinación inter programática de casos especiales

Por el camino del enfermo se entiende la concepción individual de cada persona de explicar su proceso de salud-enfermedad, de acuerdo a este modelo explicativo él decidirá y buscará el tipo de atención que debe recibir, si es de carácter religioso, maya popular o institucional. Esta aceptación y comprensión del camino del enfermo por los prestadores de servicios ha viabilizado la coordinación en paralelo con las comadronas y los/as terapeutas tradicionales y son un punto central para articular el sistema de referencia con los mismos.

El objetivo del programa:

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

El espíritu 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.

Establece acciones de referencia y contra referencia, tanto hacia niveles superiores de atención con mayor capacidad resolutiva, como a terapeutas de sistemas de salud culturales diferentes.

Los resultados esperados del programa individual son:

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.

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

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La atención en el idioma local en las casas de salud es una característica fundamental, principalmente porque los pilotajes están ubicados en áreas rurales con población monolingüe, esta característica es más acentuada en mujeres y población de ambos sexos de la tercera edad.

La atención individual es de carácter permanente en las casas de salud, a excepción de tres días hábiles al mes, utilizados para actividades de formación permanente y programación. Esto es posible gracias a la organización de los servicios en los que cada casa de salud cuenta, ya que dispone con un mínimo de dos ASC y mientras uno desarrolla actividades de visita familiar el otro permanece en el la atención clínica.

La atención individual dentro del PIAS asume los Protocolos y normas de atención para el primer nivel de los diferentes programas del MSPAS, organizándolos a través del diseño de dos guías de abordaje: una para menores de 5 años consistente con el componente clínico¹⁶ y comunitario de AIEPI y otra para mayores de 5 años.

La guía de mayores de 5 años fue construida bajo la misma lógica del AIEPI de preguntar, observar, clasificar, actuar, orientar aconsejar y seguimiento. Además esta guía permite identificar un hilo conductor desde el diseño conceptual del MIS pues la misma incluye elementos relacionados con el derecho a la salud, el género y la interculturalidad.

La coordinación interprogramática de casos especiales esta referida principalmente a la atención continua, subsecuente de los casos especiales detectados durante los procesos de consulta individual, los cuales generan un proceso de referencia entre los programas y permiten el seguimiento de casos en visitas familiares de seguimiento y búsquedas de apoyo con los grupos organizados a través del PCOS.

A partir del año 2007 el nivel conductor del MIS define las tácticas operativas¹⁷ como un forma de ordenar y normar las intervenciones y actividades del PIAS. Las tácticas operativas del PIAS son:

1. Atención clínica diaria a la demanda en Casa de Salud Comunitaria. Es la atención a la demanda diaria de consultas y emergencias, en la cual se debe aprovechar al máximo la oportunidad para realizar controles prenatales, del niño, puerperio y recién nacido, aplicar vacunas y entregar suplementos así como ofertar servicios según ciclo de vida y sexo.

¹⁶Documento interno “Guías de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años, por los agentes de salud comunitaria en las casas de salud comunitaria. Enfermedades comunes respiratorias, digestivas, de piel y mucosas y de la mujer de 10 a59 años”. Programa individual de atención de salud. Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDEI Instancia Nacional de Salud. mayo 2006. Elaborado por la Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra.

¹⁷ Documento interno, “Normas para el impulso de tácticas operativa, 30 de enero de 2007”

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- Atención clínica integral por convocatoria. Se refiere a aquellas atenciones en donde se establecen días fijos o fechas específicas para brindar los siguiente servicios:
Control prenatal principalmente para consolidar el plan de emergencia familiar y el control prenatal en noveno mes por médico o enfermera
Consulta para hombres
Papanicolaou combinada con oferta continúa

El año 2008 se ha dado inicio con el fortalecimiento de la atención individual para dos grupos de población, los hombres y personas de la tercera edad¹⁸ la cual se concreta a través del diseño e implementación de las guías de atención integral.

4.2 El Programa familiar de salud:

La actividad programática central del PFAS la constituye la visita familiar. Este programa se caracteriza por:

- Tiene un carácter más preventivo, identifica y trabaja sobre factores de riesgos y protectores en la unidad doméstica.
- Desarrolla vigilancia activa y sistemática de riesgos individuales, familiares y de medio ambiente.
- Incluye la vigilancia y atención de los riesgos sicosociales.

Para la identificación de factores de riesgos y protectores en la unidad domestica se utiliza la dispensarización¹⁹ como herramienta de identificación de riesgos. La dispensarización permite clasificar a las unidades familiares en cuatro niveles diferente de riesgo: alto, medio, bajo y mínimo y caracterizarlos en los tres niveles de acción: individual, familiar y del medio.

La vigilancia activa y sistemática de riesgos se desarrolla a través de las visitas familiares. Los riesgos sujetos a vigilancia son 53 los cuales fueron identificados y definidos de acuerdo a los criterios de la dispensarización.²⁰

Para su concreción se diseño una hoja de registro con 53 riesgos sujetos de vigilancia y monitoreo durante las visitas familiares. Los riesgos están organizados por nivel de análisis acción (individual, familiar y medio ambiente) y por nivel de riesgo (alto, mediano y bajo).

¹⁸Documento interno Hoja guía para la integralidad de la consulta del adulto mayor (hombre o mujer de 50 años y mas) del 5 de febrero de 2008 y Hoja guía para la integralidad de la consulta de hombres (adolescente y adulto joven: de 10 a 49 años) de fecha 18/02/08

El objetivo del PFAS:

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

El espíritu del programa familia es hacer contribuciones en tres órdenes:

Identificación de Lógicas de auto atención y otras características familiares para aportar a la construcción de conjuntos socioculturales

Desarrollo de acciones sistemáticas de vigilancia en salud activa como contribución al sistema de vigilancia en salud sociocultural

Desarrollo de planes de acción y seguimiento a nivel familiar como aporte a la concreción del atributo de integralidad en la atención en salud

Resultados esperados del PFAS:

Caracterización socio culturales de las unidades familiares

Detección de riesgos y enfermedades

Identificación de las potencialidades en prácticas de auto atención familiar

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Adicionalmente dentro del listado de riesgos sujetos a vigilancia, algunos han sido identificados como de mayor observancia para las visitas familiares, los cuales se enumeran a continuación:

1. Riesgos familiares auto atención:
 - Mala higiene
 - Rechazo o limitación al intercambio educacional
 - Familia desintegrada sin red de apoyo
 - Rechazo a la inmunización
 - Sospecha de violencia o abuso
 - Detección de sospecha y abuso pero la familia no requiere ayuda
 - Problemas graves de violencia o abuso en que la familia pide ayuda
2. Medio ambiente:
 - Contaminación del agua
 - Mala higiene en la preparación de alimentos
 - Convivencia inadecuada con animales
 - Disposición inadecuada de basura

Para el adecuado manejo de los riesgos identificados durante la visita familiar se ha desarrollado una guía de acciones inmediatas y seguimiento que norma de acuerdo al tipo de riesgo encontrado (alto, medio o bajo) las acciones inmediatas durante la visita y el seguimiento después de la misma.²¹

¹⁹ La dispensarización es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad . Ricardo Batista Moliner, Félix Sansó Soberats, Pablo Feal Cañizares, Alcides Lorenzo y Héctor Corratgé Delgado. Revista cubana de medicina general integral v.17 n.2 marzo-abril 2001

²⁰ “Dispensarización, hacia un primer nivel de atención incluyente” Dr. Juan Carlos Verdugo, marzo 2005.

²¹ Documento interno, Programa familiar de salud-PFAS- Guías y materiales de apoyo para la visita familiar, 5 de octubre de 2005 modificado 2006. Dra. Lidia Cristina Morales, Dra. Yadira Villaseñor. Proyecto implementación de un sistema de Atención primaria en salud de primer nivel en tres distritos, con carácter piloto.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Si bien el planteamiento original consideraba que la dispensarización permitiría priorizar las acciones sanitarias de acuerdo al riesgo identificado en la población, y a partir de los riesgos presentes se organizarían las visitas familiares. En la práctica la misma fue descartada como elemento de programación de la periodicidad de las visitas, principalmente porque varias de las familias quedaban clasificadas en riesgos altos, a partir de riesgos individuales que ameritaban atención inmediata o seguimientos individuales específicos. (ej. Enfermedad aguda en menores de 6 años)

Los siguientes ciclos de visitas desarrollados en el 2006 fueron jerarquizados a partir de 2 riesgos individuales en concordancia con las prioridades nacionales exigidas por el MSPAS: niños/as menores de 5 años y mujeres embarazadas sin detrimento o exclusión de las visitas al resto de familias de las comunidades.

Las acciones para estos dos grupos consisten en:

1. Realizar vigilancia activa en las familias que clasifiquen de acuerdo a estos dos grupos de riesgo.
2. Contribuir al logro de metas de cobertura en acciones preventivas principalmente la suplementación de micronutrientes a niños/as y mujeres en edad fértil
3. Diagnóstico nutricional
4. Identificación de signos de peligro en menores de 5 años y/o embarazadas.
5. Controles generales del niño y controles prenatales, aprovechando la oportunidad para la suplementación y
6. Otras acciones de tipo preventivo.

La vigilancia y atención de los riesgos sicosociales en el proceso de visita familiar incluyen la vigilancia de la violencia intrafamiliar, violencia basada en género, abuso sexual y las adicciones. Las visitas han permitido identificarlos y desarrollar acciones oportunas, principalmente la consejería específica a través de visita puntual con apoyo de animador sicosocial y la atención médica por parte del PIAS a la persona agredida.

En la consejería se incluye la información necesaria para interponer la denuncia a las instancias correspondientes, si la familia lo solicita, se apoya el proceso de toma de decisión y se oferta la referencia institucional de salud mental.

Dentro de los materiales de apoyo vinculados a género para la educación horizontal en visita familiar podemos encontrar en el **Manual Integrado de Apoyo al PFAS** material que incluye:

1. Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA
2. Salud sexual y reproductiva
3. Autoestima
4. Roles de hombres y mujeres
5. Aspiraciones de hombres y mujeres

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

6. Derechos sexuales y reproductivos
7. Maternidad y paternidad responsable
8. Métodos de planificación familiar

A partir del 2007 con la elaboración de las normas para el impulso de tácticas operativas (documento interno) se definieron tres tipos de visitas familiares:

Cuadro No. 7
Tipos de visitas familiares de acuerdo a tácticas operativas 2007.

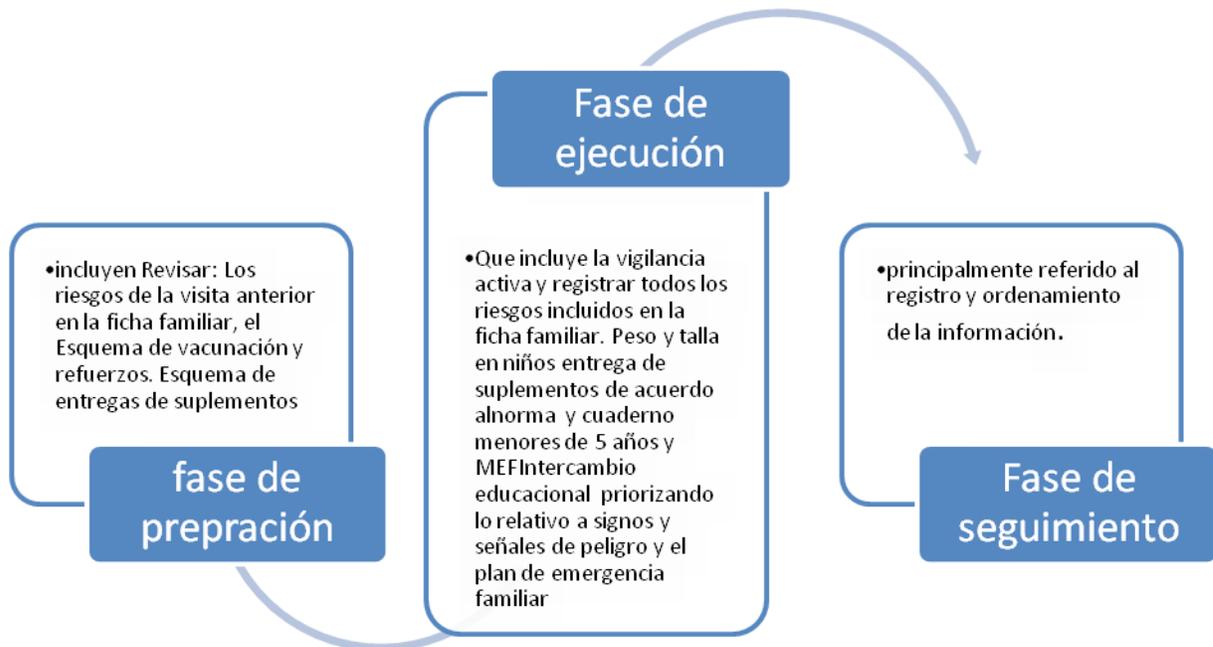
Visita familiar integral	Visita familiar de seguimiento	Visita familiar puntual
Ofertada al 100% de las familias 1. Sin menores de 5 años, 2. Familias que no hierven el agua, 3. Familias con muerte infantil, 4. Familias con controles prenatales pendientes (tercer control y control de noveno mes por médico y enfermera) 5. Familias que necesitan desarrollo de plan de emergencia familiar, 6. Familias con controles generales pendientes del niño/a menores de 1 año (2 controles) y de 1 a 5 años (1 control)	Toda familia a la que se acude para realizar seguimientos específicos de personas registradas como casos especiales que no acuden a consulta: 1. Puerperio y recién nacido, 2. Enfermedades agudas con signos y señales de peligros 3. Desnutrición aguda, 4. Casos especiales crónicos 5. Enfermedades populares tradicionales: mal hecho, hechizado, mal espíritu 6. Sintomático respiratorio 7. Riesgos psicosociales.	Es la que se hace a toda familia por cualquier otro motivo específico no contemplado en los consolidados de seguimientos: 1. Niños pendientes de vacunación. 2. Renuentes a vacunación, seguimiento y 3. Resultado de Papanicolaou positivo y negativo

Estas tácticas operativas y sus diferentes criterios establecen la periodicidad de las visitas. Para efectuar las visitas familiares se cuenta con varios instrumentos principalmente los reportes emitidos por la base de datos de cada pilotaje que le permiten a los y las ASC establecer sus cronogramas.

Para el desarrollo de las visitas familiares integrales. Están normadas tres fases:

Esquema No 1 Fases de la visita familiar integral

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



El año 2008 se tiene programado el análisis y replanteamiento del PFAS para fortalecer las debilidades encontradas en el diseño programático del mismo, a partir de evaluaciones desarrolladas²². Esta reformulación está dirigida a:

Fortalecer el carácter interprogramática de las acciones del programa y el proceso de visitas familiares

Fortalecer la integralidad y los objetivos del programa en su especificidad, logrando un equilibrio entre la atención individual preventiva y por enfermedad, así como la vigilancia integral a nivel familiar

Programa Comunitario de Salud

La actividad programática central del PCOS la constituye el trabajo coordinado y articulado con la comunidad. Este programa se caracteriza por:

1. Sumarse e incluirse en las organizaciones existentes dentro de las comunidades

²² Documento interno “ Informe Técnico de programa familiar de salud” Dra. Lidia Morales septiembre 2006.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Reconocimiento, comprensión y articulación con otros modelos de atención.
3. Fomento de las acciones intersectoriales y de participación social

Una de las prioridades del año 2006 dentro de los pilotajes fue la implementación del PCOS, el cual está referido principalmente a generar condiciones de un permanente acercamiento a las comunidades organizaciones y líderes comunitarios, para el logro de la confianza, colaboración, sostenibilidad y apropiación del MIS por parte de las comunidades, las familias y los individuos.

Asimismo, el PCOS está orientado a establecer y facilitar mecanismos de intervenciones para la promoción y prevención de salud de acuerdo a los principales riesgos y/o daños identificados en el PIAS, PFAS y vigilancia en salud. Destacando dentro del PCOS las relaciones necesarias a ser establecidas con los terapeutas mayas y las comadronas ²³ para poder mejorar la articulación de las diferentes formas de atención en salud y mejorar el nivel de resolución de las prioridades sanitarias.

Para el fortalecimiento de las organizaciones existentes dentro de las comunidades, principalmente los COCODES, se planteó dentro del PCOS la formación de la Comisión del Plan de Emergencia Comunitario (COPEC). El objetivo general de esta iniciativa está directamente vinculado a crear o fortalecer las redes sociales y comunitarias de promoción y apoyo para evitar muertes innecesarias de personas de las comunidades. Una de las funciones de la COPEC es proponer al COCODES y a los equipos de salud, actividades que fortalezcan la preparación ante situaciones de emergencia o desastres que afecten a los individuos, familias o comunidades.

Para favorecer la implementación de las COPEC, en septiembre del año 2006, el equipo de San Lucas desarrolló el Plan de Emergencia Comunitario, ²⁴ como una herramienta de trabajo y eje integrador para la conformación de las COPEC. El avance de las COPEC es diferente para cada uno de los pilotajes así como para cada uno de los sectores, debido a los mismos procesos de reproducción social existentes en las comunidades.

Independientemente del grado de avance, la implementación de las COPEC, en los diferentes sectores, ha generado satisfacción, algunas experiencias refieren que se ha logrado su oportuno funcionamiento y que esto ha permitido hacer referencias oportunas y contribuir a salvar vidas. Una de las limitantes ha

²³ Documento interno “ Plan básico de estrategia de coordinación en Paralelo”

Objetivo del PCOS:

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.

Espíritu del PCOS:

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 de todos los habitantes.

Resultados esperados del PCOS:

Identificar y comprender 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.

Caracterizar a la población a partir de la categoría de conjuntos socioculturales.

Análisis de situación periódica de salud a partir de los conjuntos socioculturales identificando riesgos y perfiles de morbi mortalidad sociocultural

Reconocimiento de los modelos explicativos sobre el perfil de morbi-mortalidad biomédica y específicas de otras culturas

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

sido el financiamiento de los traslados, por parte de los usuarios, principalmente porque hay familias que no pueden costearlo. Los planteamientos sobre alternativas de solución, desde los mismos integrantes de las COPEC, es la solidaridad a partir de contribuciones de la población, para que este gasto sea asumido con la mayor participación posible de la comunidad.

De los temas que se ha profundizado dentro de los pilotajes ha sido la comprensión de la existencia de otros modelos de salud, y de allí ha partido la relación de coordinación y articulación con los proveedores de esos servicios (terapeutas mayas en sus diferentes especialidades)

Durante el año se desarrolla por lo menos una reunión trimestral con ellos y un encuentro anual. Los objetivos de las reuniones están referidos principalmente a su quehacer, su comprensión de los procesos de salud-enfermedad dentro de sus modelos explicativos, y a profundizar el uso y preparación de las plantas medicinales.

En el marco de estas reuniones se ha podido observar la utilidad de huerto demostrativo de plantas medicinales, pues los mismos han permitido conocer con mayor exactitud en cada sector la existencia de las mismas; cuál es el uso y preparación que los terapeutas mayas plantean y la preparación demostrativa de algunas de ellas de acuerdo a la guía de uso existente en el pilotaje.

Los terapeutas mayas han hecho manifiesto su complacencia por este tipo de actividades porque les permite profundizar sobre el uso adecuado de las plantas medicinales e intercambiar información no sólo con los y las ASC sino con sus demás compañeros.

En el año 2007 se realizó entrevistas con la totalidad de terapeutas en BC y con aquellos que no asistían por alguna razón a las reuniones programadas en SJO, se aplicó un instrumento que recoge la experiencia y trabajo realizado por ellos y ellas, las razones de no asistir y sus sugerencias para establecer una efectiva comunicación. Los resultados están en proceso de análisis.

Otro de los intercambios importantes dentro de estas reuniones está referido al número aproximado de pacientes que han atendido durante el trimestre, los motivos de consulta, los diagnósticos finales y las referencias, si es que aplican.

A excepción de la casa de salud comunitaria del TIZATE en el resto de las CSC se han implementado los huertos demostrativos y dependiendo de condiciones climáticas, el número de plantas medicinales que lo constituyen es variable. Como anteriormente se manifestó, estos huertos han permitido:

1. Ofertar las mismas como parte de la terapéutica dentro de las atenciones de la casa de salud
2. Hacer actividades demostrativas de preparación de las mismas
3. Desarrollar un cotejo entre los diferentes nombres con que se conocen
4. Comparar el uso planteado por la guía de atención con la experiencia de los terapeutas mayas

²⁴ Documento interno “ Mini manual de funciones de la comisión del plan de emergencia comunitario”

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5. Proveer semillas para compartirlas con los terapeutas mayas

El fomento de la intersectorialidad y la participación social en el PCOS esta direccionado a las acciones desarrolladas en forma conjunta con la organización comunitaria, (principalmente COCODES) Organizaciones no gubernamentales, secretarías/ministerios de gobierno y municipalidades en la priorización, jerarquización, planificación y ejecución de diversos proyectos dirigidos principalmente a condicionantes y determinantes de la salud.

Las principales acciones desarrolladas hasta el momento podrían clasificarse en las siguientes categorías²⁵.

1. Desarrollo de infraestructura en salud
2. Programación de actividades interprogramática para comunidades de difícil acceso
3. Vigilancia nutricional
4. Vigilancia de la calidad de agua
5. Implementación de proyectos productivos de carácter agrícola y pecuario
6. Desarrollo de proyectos de infraestructura en vías de acceso

A partir del año 2006 inicia entonces la implementación del PCOS, aunque a criterio de los ASC el mismo inició desde el momento mismo del desarrollo del censo y la línea basal de las comunidades.

Para la implementación del PCOS se plantearon como tácticas operativas:

1. Atención inter programática en comunidades de difícil acceso en la cual todos los equipos de los sectores del pilotaje se desplazan para poder ofertar el PFAS y el PIAS
2. Estrategia de comunicación en salud
3. El fortalecimiento de organizaciones comunitarias (COCODES, COPEC, Plan de emergencia comunitario)
4. Estrategia de coordinación con terapeutas mayas
5. Huertos demostrativos de plantas medicinales
6. Lavado de tanques de agua
7. Apoyo a las gestiones comunitarias.

4.4 El sistema de referencia en los pilotajes:

²⁵ Ver capítulo de resultados.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

El sistema de referencia existente dentro de los pilotajes permite dar continuidad en la atención de los beneficiarios y permite la transferencia a niveles de mayor complejidad así como a otros modelos de atención. Esquemáticamente los diferentes tipos de referencia se podrían describir de la siguiente forma:

Cuadro No.7. Sistema de Referencia en los pilotajes del MIS

Tipo de referencia	Descripción
Horizontal	Entre programas al estar desarrollando la visita familiar se identifica riesgos de acción inmediata, se refiere al CSC
Vertical	ASC desarrolla interconsulta con médico/a y/o enfermera/o del EAPAS
Entre niveles de atención	Los ASC y/o EAPAS desarrollan referencias hacia los centros de salud y Hospitales de acuerdo al tipo de emergencia
Entre modelos de atención	El ASC desarrolla referencia a terapeutas tradicionales en caso de sospecha de enfermedad maya popular.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a evidencias del trabajo de campo

Para las referencias utilizan cualquier mecanismo a su disposición principalmente el teléfono. El instrumento utilizado consiste en una hoja de referencia y respuesta que permite el registro y documentación de la misma. Para las referencias entre modelos de atención a partir del 2007 se ha diseñado una hoja de referencia con figuras que representan a cada una de las ocho enfermedades identificadas y sujetas a vigilancia socio-cultural. El diseño de la misma es producto del trabajo conjunto con los terapeutas mayas. El sistema de referencia con terapeutas mayas incluye la realizada cuando el terapeuta ha identificado que el paciente necesita atención biomédica y es referido a la casa de salud comunitaria.

4.5 La Vigilancia en salud:

A partir de la concepción incluyente y el reconocimiento de la existencia de otros modelos explicativos de los procesos de salud-enfermedad, el MIS propone una análisis multidimensional, procesal, colectivo histórico y social²⁶.

Esta concepción incluyente implica en términos operativos la inclusión dentro de los procesos normados, la vigilancia de las enfermedades maya populares.

Para implementar con éxito la vigilancia de las enfermedades maya populares y por lo tanto la vigilancia sociocultural, durante el proceso de implementación del MIS en los pilotajes de San Juan y la Boca Costa de Sololá se hizo necesario generar conocimientos y herramientas que permitieran incorporar esta dimensión.

Para la inclusión de las enfermedades maya populares dentro de la vigilancia sociocultural se desarrollaron los siguientes procesos:

²⁶ Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos, 2002

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

1. Reconocimiento y aceptación por parte de los ECOS y EAPAS de los marcos explicativos del proceso de salud-enfermedad desde la cosmovisión maya y sus explicaciones causales.
2. Determinación de la prevalencia de las mismas en las comunidades a partir del auto diagnóstico²⁷
3. Identificación de aquellas que dentro de las comunidades se asocian a alta letalidad.
4. Discusión y debates dentro del equipo conductor de los pilotajes sobre el diseño de la metodología a desarrollar para sustentar en base a la evidencia cuales deberían ser las enfermedades sujetas a vigilancia.
5. Caracterizar las enfermedades maya populares.

Finalmente luego de los procesos de discusión y consulta en el año 2006, se desarrolla una metodología estructurada de la siguiente forma:

1. La revisión bibliográfica de Enfermedades Tradicionales y Populares, por lo que en primera instancia se procedió a profundizar sobre los conocimientos existentes sobre las enfermedades tradicionales, socioculturales y populares en estudios antropológicos y con médicos de la región mesoamericana.
2. Establecer la prevalencia de enfermedades tradicionales y populares en cada uno de los pilotajes desarrollados por separado para poder dar cuenta de las diferencias en cada uno de ellos. Para establecer esta prevalencia se revisaron un total de 16,477 fichas clínicas, principalmente en los campos referidos al auto diagnóstico y el motivo de consulta.
3. Vinculación de la información obtenida en el censo y línea de base, la experiencia generada dentro de las comunidades del pilotaje y el trabajo desarrollado por los y las ASC, EAPAS y las relaciones con comadronas y terapeutas mayas de diferente especialidad que ha permitido caracterizar un conjunto de enfermedades maya populares
4. Establecimiento de las enfermedades maya populares sujetas a vigilancia
5. Elaboración de normas y protocolos con definiciones de caso acorde a criterios de vigilancia epidemiológica²⁸

Como resultado del trabajo desarrollado se seleccionaron 8 enfermedades maya populares sujetas a vigilancia en las cuales el mal hecho, hechizado, mal hechizo o brujería fue incluido no por su prevalencia sino por su asociación a letalidad.

Las enfermedades maya populares sujetas a vigilancia sociocultural son:

²⁷ Documento interno, “Estadísticas de enfermedades tradicionales y populares captadas en la atención de la casa de salud, del proyecto de implementación INS. 2004-2005. Dra. Anabella Florinda Pérez Cosnuegra. Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDI/INS.

²⁸ Documento interno “Protocolos de Vigilancia epidemiológica sociocultural: enfermedades tradicionales y populares” mayo 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDEI/INS.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

1. Mal de ojo u ojeado
2. Caída de Mollera o Mollera hundida
3. Empacho
4. Aire o calambre
5. Susto
6. Caída de matriz, matriz caída o matriz débil
7. Mal hecho, hechizado, mal hechizo o brujería
8. Desequilibrio frío, caliente

A partir de la caracterización de cada una de las enfermedades maya populares se establecieron normas y procedimientos para el sistema de vigilancia, el cual fue desarrollado mediante el análisis sistemático de la información generada en las casas de salud comunitaria y visita familiar de diferentes tipos. Actualmente se encuentra en proceso de consolidación y ha facilitado y permitido la toma de decisiones, el diseño y aplicación de intervenciones, en los procesos de provisión y gestión de servicios del MIS.²⁹

Las herramientas utilizadas para el desarrollo de la vigilancia de la salud y la vigilancia sociocultural en el MIS son:

1. La normativa vigente del MSPAS para la vigilancia de las enfermedades transmisibles.
2. Instrumentos diseñados del MSPAS para la sala situacional de primer nivel de atención
3. Incorporación a la sala situacional propuesta por el MSPAS, los condicionantes de la salud y la vigilancia de las enfermedades socioculturales.³⁰
4. Autopsias verbales de muerte en menores de 5 años.
5. Autopsias verbales de mujeres en edad fértil de acuerdo a la normativa del MSPAS.

Los instrumentos de autopsias verbales incluyen el auto diagnóstico familiar y su asociación con enfermedades maya populares.

El nivel de análisis de la sala situacional en el MIS podría dividirse en tres estratos diferentes:

1. Un nivel local desarrollado en las casa de salud por los ASC y los responsables de sector cada mes.
2. Un nivel de Coordinación de los pilotajes que desarrollan el análisis de la sala situacional cada semana y mensualmente.

²⁹ Ej. La inclusión dentro del reporte mensual de morbilidad del MSPAS de la enfermedades maya populares, para uso de los pilotajes puede dar cuenta de una intervención derivada de este sistema de vigilancia

³⁰ Documento interno “Formato de sala situacional” noviembre 2007.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3. La oficina de San Lucas que ha iniciado a partir del 2007 el desarrollo de los Análisis de Situación de Salud

Los momentos de análisis de la Vigilancia Sociocultural se desarrollan en cuatro espacios y momentos diferentes:

1. ASC y EAPAS responsables de sector, de carácter mensual
2. ASC y EAPAS responsable de sector, de carácter trimestral. En las reuniones pautadas con comadronas y terapeutas mayas hacen referencia a los resultados de dichos análisis y se contribuye a la misma con los informes que se brindan relacionados con el número de pacientes y causas de consulta que ellos han brindado.
3. Análisis por coordinador y EAPAS semanal de la sala situacional de la jurisdicción del pilotaje, los elementos importantes de estos análisis lo constituyen el comportamiento de las enfermedades transmisibles, las enfermedades socioculturales, la producción de servicios en los tres programas, los casos especiales de cada sector y los riesgos familiares encontrados.
4. Análisis mensual vinculando al perfil de morbilidad mortalidad, las enfermedades transmisibles y socioculturales y la producción de servicios. Las unidades de análisis de la vigilancia en la práctica de los pilotajes lo constituyen el sector, la comunidad, la familia y el individuo.

Cabe señalar que anualmente se desarrolla un evento de presentación de resultados que incluye adicionalmente:

1. La producción de los servicios,
2. Cumplimiento de metas en concordancia con el instrumento propuesto por el MSPAS para el primer nivel de atención a través de indicadores de las de UAT.
3. Cumplimiento de metas de acuerdo a indicadores de la propuesta.

Mensualmente se definen las prioridades del mes, tanto en términos de vigilancia como de proceso en general, de acuerdo al seguimiento del POA, el análisis de las actividades del mes anterior, realizadas y pendientes, y las contingencias que se presenten.

Como parte integral de la propuesta se encuentran los atributos y perspectivas y dentro de ellas la perspectiva de género. Dentro de los procesos de vigilancia se han diseñado diversos instrumentos que fortalecen el análisis de estas categorías, dentro de las cuales se pueden mencionar la guía desagregada por género para la sala situacional, la guía de análisis de género para la vigilancia en salud a partir de los indicadores específicos de género.

El nivel de análisis observado dentro de los pilotajes es aún de carácter descriptivo, con un bajo nivel de análisis causal y aunque esboza levemente los temas relacionados a interculturalidad, los relativos a género son incipientemente visibles para el nivel de pilotajes, aunque los mismos sean objeto de un análisis exhaustivo y profundo dentro del equipo conductor de San Lucas.

Capítulo V el Modelo de Gestión

Conducción

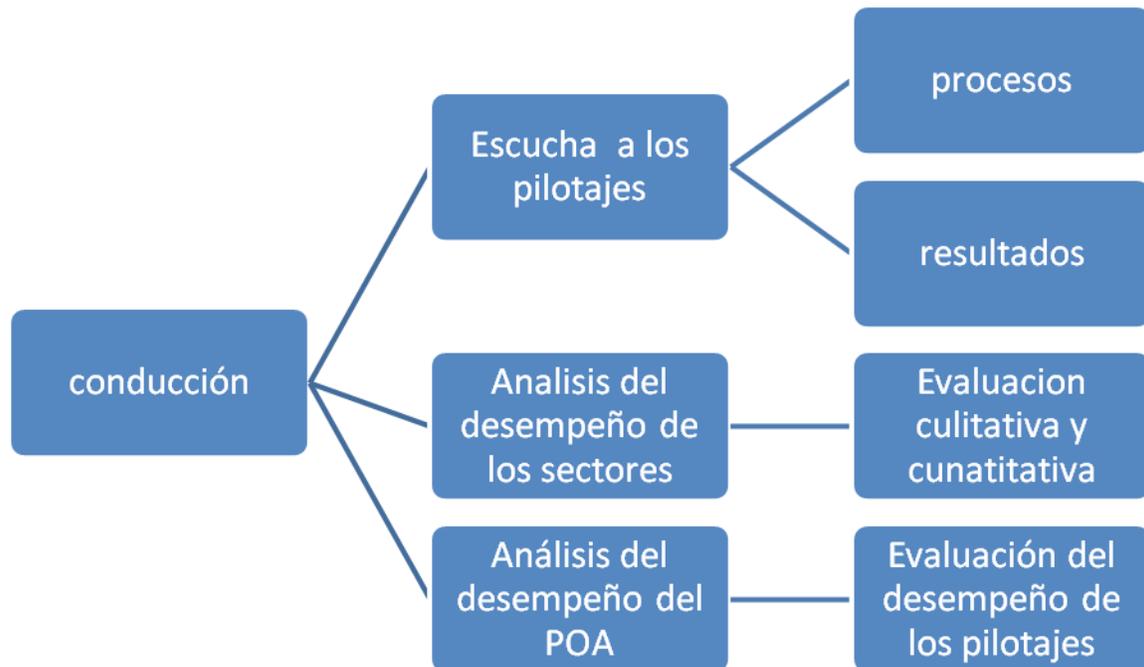
El proceso de conducción del MIS está referido principalmente a como se dirigen los procesos de planificación, organización, y control de las acciones contenidas en los programas de atención del MIS.

La conducción es de carácter participativo y constructivo, en el mismo se desarrolla un proceso de retroalimentación en el que participan los tres equipo del MIS, el conductor (San Lucas), gestor (EAPAS) y operativo (ECOS), los cuales a partir de la puesta en practica de los lineamientos, desarrollan propuestas de mejoras, proponen mecanismo o alternativas, que posteriormente son trasladados para re direccionar procesos

Para poder cumplir con estos cometidos el nivel conductor de los pilotajes desarrolla las siguientes acciones:

1. Escucha a los pilotajes que se refiere a las opiniones técnicas de los niveles gestores y operativos, con relación a la aplicación u operacionalización de las actividades y acciones propuestas por el nivel conductor, así como de los mecanismos propuestos para tal fin
2. Análisis de desempeño de los sectores, en los cuales se analiza la programación, el logro de indicadores así como el cumplimiento de metas, los procesos de vigilancia en salud y la gestión de las casas de salud.
3. Análisis de desempeño del POA

Esquema No. 2 Proceso de Conducción del MIS



Los procesos de escucha a los pilotajes han permitido, en base a los vacíos identificados por el nivel operativo en los diferentes procesos de atención, lo que ha permitido concretar y fortalecer la aplicación del diseño programático de la propuesta, las tácticas operativas y las normas y guías de atención.

El análisis del desempeño de los sectores y del POA a su vez permite en cada ejercicio programático reformular y re direccionar las actividades para el logro de los resultados planteados, a partir de su factibilidad.

Planificación:

Los procesos de planificación del MIS tienen sus orígenes desde la construcción del documento “Hacia un primer nivel de Atención en Salud Incluyente Bases y lineamientos” el cual constituye por sí mismo un proceso de planificación normativa, estratégica y táctica³¹, que permitió:

1. Identificar los problemas
2. Establecer las prioridades
3. Fijar los fines
4. Fijar los objetivos

³¹ Se utilizara a lo largo de este texto la clasificación de planificación de acuerdo al nivel o la extensión del proceso propuesto por Pineault Raynald, en “La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias, 1992”

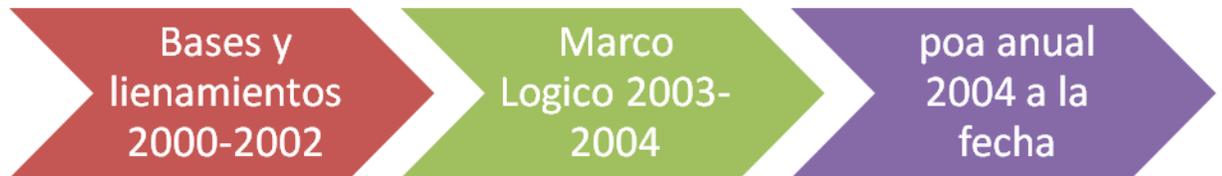
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5. Determinar las actividades para alcanzarlos
6. Establecer presupuestos.

Al recuperar la experiencia del desarrollo de este proceso de planificación se evidencia que la misma parte del contexto socio políticos y que considera los valores sociales como fuente de cambio

La evolución de los procesos de planificación se puede observar en el siguiente esquema

Esquema No.3 Evolución de los procesos de planificación



El planteamiento teórico del MIS³² establece 2 tipos de planificación, la de carácter institucional y la de carácter comunitario. Plantea que la planificación institucional debe desarrollarse con el enfoque estratégico, táctico y operativo debiendo coordinar esta planificación con el ciclo administrativo pero principalmente con el control entendido como evaluación de los servicios y vigilancia en salud.

En la operacionalización del MIS se han podido identificar 4 tipos de planificación:

1. Normativa
2. Estratégica
3. Táctica
4. Operativa

Entendiendo por planificación normativa la que traza las grandes orientaciones de largo plazo e implica los valores e ideologías del MIS, concretados a partir de las perspectivas y atributos y es conducido por el equipo de San Lucas.

La planificación estratégica entendida como el nivel donde se deciden las prioridades de acción y las alternativas del MIS, desarrollada a partir del análisis de reflexión estratégica, análisis del desempeño de sectores, la vigilancia socio cultural y los logros sanitarios de los pilotajes.

³² Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos, 2002

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Proceso en el que conduce la oficina de San Lucas y cuenta con la participación de los coordinadores de los pilotajes.

La planificación táctica que se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y los recursos del MIS y que se concreta en los tres programas de atención del MIS PIAS, PCOS y PFAS. En este proceso lo conduce la oficina de San Lucas y participan los EAPAS y ECOS.

La planificación operativa la cual se refiere a fijar los objetivos operacionales sobre la puesta en marcha de los programas de MIS. Se refiere a las decisiones de corto plazo y conciernen al desarrollo de actividades, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos. Este proceso es desarrollado principalmente por el trabajo conjunto del coordinador del pilotaje, los EAPAS y ECOS.

A partir del inicio de operaciones de los pilotajes en el 2004, los procesos de programación anual se desarrollan a partir de los resultados esperados del Marco Lógico del Proyecto los cuales se encuentran en el siguiente cuadro:

Resultados:

1. Se han preparado y se mantiene las condiciones de gestión logísticas para la implementación de la propuesta.
2. Se ha desarrollado el programa individual resolviendo la problemática y riesgos de salud de las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo-curativo-rehabilitación adecuadas a la matriz sociocultural del paciente y bajo la perspectiva de género.
3. Se ha desarrollado el programa familiar que fortalece la capacidad de las familias para proteger a sus miembros, a través de acciones preventivas y curativas, desde sus matrices culturales y con responsabilidad equitativa entre hombres y mujeres.
4. Se ha desarrollado el programa comunitario que fortalece la participación y el empoderamiento de las organizaciones en el trabajo comunitario para la modificación de determinantes-condicionantes y riesgos de salud de la población a través de acciones de promoción y prevención y desde sus matrices culturales.
5. Se ha implementado un sistema de vigilancia sociocultural que permite conocer la situación de salud, la problemática y el desempeño de la propuesta.

Cada uno de los resultados anteriormente planteados hacen referencia a los tres programas del MIS, PIAS, PFAS y el PCOS los cuales a su vez están vinculados con los tres niveles de análisis acción planteados el individuo, la familia y la comunidad. Dentro de los ejercicios de programación anual estos resultados se convierten en los ejes de la misma.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Los niveles de programación que prevalecen dentro de los pilotajes podrían describirse de la siguiente forma:

1. **Programación normativa** que emana del análisis técnico del equipo de San Lucas de manera conjunta con los coordinadores de los pilotajes
2. **Programación técnica** desarrollada por los coordinadores técnicos de los pilotajes y los EAPAS
3. **Programación operativa** desarrollada por los responsables de sector y los ASC

Esquema No. 4 El ciclo de la programación del MIS



Las programaciones anuales del MIS incluyen resultados no directamente vinculados al Marco Lógico, y en las mismas se incorporan acciones consideradas necesarias y pertinentes de acuerdo a la evidencia generada del análisis reflexivo del cumplimiento del desempeño del POA del año anterior, la práctica y experiencia adquirida durante la implementación de los pilotajes.

Posterior al planteamiento del POA del año en curso **mensualmente la oficina de San Lucas elabora** una guía mensual de prioridades de acuerdo al POA general, para que las coordinaciones de los pilotajes las incluyan en sus programaciones individuales.

Este mecanismo ha favorecido la programación local evitando duplicidades y/o cruces que interfieran con el que hacer principalmente de los ECOS. Finalmente se desarrolla la programación del sector en base a los indicadores, las tácticas operativas y las prioridades del POA.

Para el desarrollo de la programación se pueden identificar 4 momentos los cuales se describen a continuación:

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Cuadro No. 8 Momentos de programación en el MIS y actores participantes

Momentos	Actores
1. Cierre y proceso de análisis del desempeño del POA	Equipo técnico de San Lucas
2. Elaboración de Anteproyecto de POA para el año siguiente incorporando los insumos derivados del análisis de desempeño del POA de año anterior	Equipo técnico de San Lucas y coordinadores de pilotajes constituidos en consejo técnico
3. Discusión del anteproyecto y desarrollo del POA final	Equipo Técnico de San Lucas, coordinadores de pilotajes, EAPAS
4. Elaboración de programaciones mensuales	Coordinadores de pilotajes, EAPAS y ECOS

Los instrumentos desarrollados para el efecto de programación son sencillos entendibles y de complejidad variable dependiendo del nivel. El ejercicio de la programación tanto anual como mensual desarrolladas efectivamente se convierten en herramientas de trabajo orientadoras que guía el que hacer de los diferentes niveles del MIS.

La planificación comunitaria actualmente está referida a las programaciones realizadas en el PCOS con los terapeutas mayas y las COPEC. El trabajo de planificación con los terapeutas mayas consiste en la programación de temas de discusión para las reuniones trimestrales. En el trabajo de planificación desarrollada con las COPEC se establecen cronograma de actividades de capacitación y definición de responsabilidades para implementar oportunamente la referencia de emergencias.

La forma de programar en el MIS y el uso que se le da a la programación anual es una diferencia sustancial con instituciones que contemplan la elaboración de programaciones operativas anuales, las cuales no se logran constituir en herramientas que conduzcan de forma sistemática y permanente el que hacer de las mismas, sino mas bien queda en un ejercicio aislado que realizan una vez al año y se retoma hasta el siguiente ciclo para fines de presupuestación

Los objetivos, actividades y tareas establecidos dentro del ejercicio de programación del MIS, se traducen en indicadores que permiten el diseño del plan de evaluación, monitoreo y supervisión del mismo.

Organización:

Desde el diseño y formulación del MIS se plantea la existencia en el primer nivel de atención de dos ámbitos de actuación: el comunitario y el institucional, por lo que la implementación plantea de igual forma dos tipos de organización una institucional y otra comunitaria local que perteneciendo a matrices o lógicas culturales se complementan en la curación, rehabilitación, prevención y promoción.

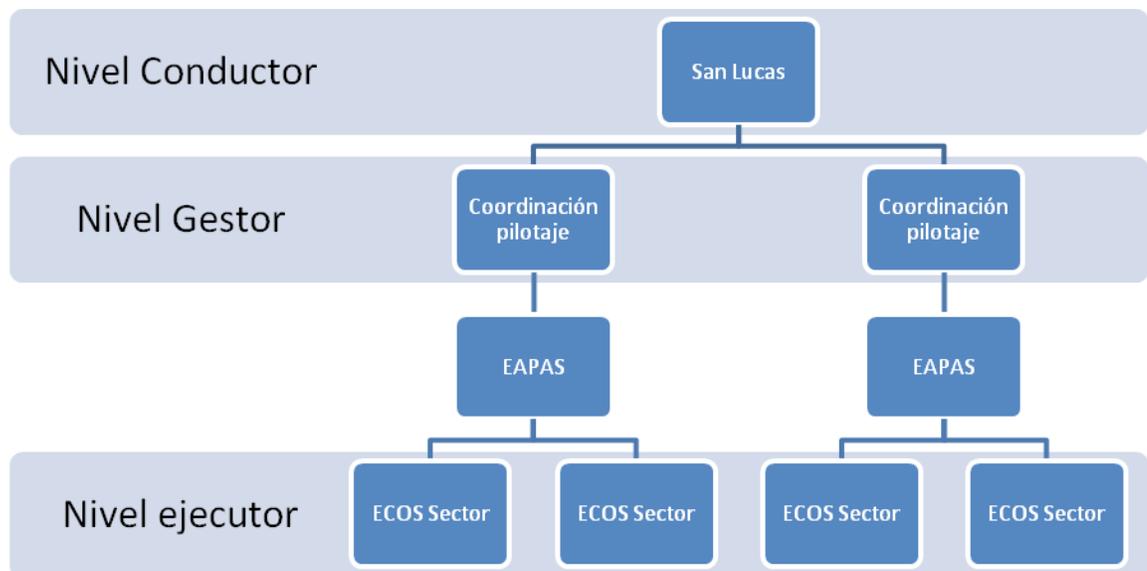
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5.3.1 Organización Institucional:

En el ordenamiento institucional del primer nivel de atención en salud del MIS se identifican tres niveles de organización:

- Nivel Conductor. Está representado por la oficina de San Lucas: desarrollan normativas, instrumentos y direccionalidad.
- Nivel Gestor. Representado por los equipos de apoyo de primer nivel de atención en salud: conducen la planificación local, desarrollan los procesos de monitoreo, supervisión formativa, vigilancia, asistencia técnica y procesamiento de la información.
- Nivel Ejecutor: representado por los ECOS cuya función principal es Provisión de Servicios mediante la ejecución de los programas del MIS

Esquema No 5 Niveles de organización del MIS



La conformación de los equipos institucionales del primer nivel se describe en el cuadro siguiente:

**Cuadro No. 9
Los equipos institucionales y niveles de organización en el MIS**

Nivel	Equipo
Conductor	Conductor conformado por personal técnico en : Salud Pública Desarrollo Interculturalidad
Gestor	Equipos de apoyo de primer nivel de atención en Salud (EAPAS)conformado

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

por:
1 Coordinador/a
1 médico/a
1 enfermero/a
1 animador/a sicosocial
1 secretario/a digitador
1 contador/a logista

Ejecutor Equipos comunitarios de salud (ECOS) conformado por 2 a 4 ASC

5.3.2 El Nivel Conductor

El tercer nivel de organización está constituido por el equipo de San Lucas, nivel que no fue considerado durante el diseño del MIS, y surge ante la necesidad de conducir y direccionar los pilotajes de la propuesta. Durante el tiempo de implementación de la propuesta este equipo no ha contado con una estructura definida y que ha sido integrado a lo largo de la implementación del modelo por personal técnico de diferentes disciplinas.

La estructura formal del nivel conductor se ha constituido por un equipo mínimo conformado por un coordinador, un asistente técnico poli-funcional, personal de apoyo y la unidad administrativa financiera.

En este equipo se han incluido en diferentes períodos especialistas de diferentes disciplinas que no son parte de la estructura formal. Los mismos han participado de diversas formas dentro del MIS de acuerdo a las necesidades identificadas en las diferentes etapas de implementación del pilotaje. Las formas de incorporación de estos especialistas están vinculados al desarrollo de consultorías individuales y la conformación de equipos poli-funcionales para el cumplimiento de objetivos específicos.

Los productos de las intervenciones de los diferentes especialistas en el nivel conductor, lo constituyen el desarrollo de normativas, instrumentos, protocolos, planes de implementación, evaluaciones y sistematización de procesos³³.

Dentro de las funciones que han sido identificadas en el equipo conductor están las relacionadas al monitoreo y asistencia técnica de los planes, programas, proyectos y sistema de información así como las funciones contables, administrativas y financiera del MIS.

Es en este nivel donde se desarrollan las actividades de incidencia política para lo cual se han desarrollado múltiples estrategias dirigidas a los formuladores de políticas, tomadores de

³³ Ejemplos: Guía de atención para mayores de 5 años, Normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica sociocultural, enfermedades tradicionales y populares, guías y materiales de apoyo para la visita familiar

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

decisiones y la cooperación externa. Estas actividades han estado a cargo del coordinador general del modelo y ha permitido generar apoyos, alianzas estratégicas, construir consensos y movilizar recursos.

Los principales productos identificados de esta incidencia política se traducen en:

1. La obtención de los recursos financieros necesarios para implementar la propuesta
2. Establecimiento de consenso con el MSPAS para la asignación de los territorios para implementación del MIS
3. El establecimiento de alianzas estratégicas con ONG's para la implementación de los pilotajes.

5.3.3 El nivel gestor:

El equipo de este nivel está constituido por un Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) conducen la planificación local, desarrollan los procesos de monitoreo, supervisión facilitante, vigilancia, asistencia técnica y procesamiento de la información.

El EAPAS funciona bajo la dirección del coordinador/a, quien es el responsable de la gestión del pilotaje en su conjunto, ser la articulación entre el nivel conductor y el nivel ejecutor y mediar procesos.

Dentro de su ámbito de responsabilidad se encuentra el promover la intersectorialidad de las acciones en salud de los pilotajes ante los diferentes niveles de la organización existentes en los mismos, entidades públicas y autoridades locales, conduce los procesos de análisis de la sala situacional de salud de los pilotajes.

Las principales funciones de los EAPAS son:

1. Responsable de programas
2. Responsable de sector³⁴
3. Supervisión, monitoreo y vigilancia

En su calidad de responsable de programas los EAPAS de acuerdo a su perfil de desempeño son responsables de los siguientes programas:

1. El Programa individual será responsabilidad del médico/a y enfermero/ra.
2. El Programa comunitario de salud será responsabilidad del animador comunitario
3. El Programa familiar de salud será responsabilidad del animador psicosocial.

³⁴ Para el desarrollo del trabajo se los sectores se ha desarrollado el instrumento “ de programación mensual y seguimiento de metas por sector” junio 2007

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La función de los EAPAS como responsable de sector implica las siguientes funciones:

1. Conducir y monitorear la vigilancia en salud
2. Fortalecer la gestión de las CSC
3. Participar en la programación mensual y
4. Evaluar los 3 programas con sus respectivas tácticas operativas.

5.3.4 El nivel Ejecutor

El nivel ejecutor se ubica en las casas de salud comunitarias y es la sede de trabajo de los ECOS, los cuales están integrados de 2 a 4 ASC.³⁵

La composición numérica de los ECOS a través de la asignación de ASC se establece de acuerdo a las siguientes variables y criterios.

Cuadro No.10
Variables y criterios utilizados para la asignación de ASC en los equipos comunitarios de salud

Variables	Criterios			
Distribución de comunidades	Grandes o cercanas, Dispersas con una aldea de referencia, Muy dispersas con o sin aldea de referencia			
Población	Número de personas, Frecuencia de visitas familiares			
Organización	Apoyo a las organizaciones ya formadas, Promoción de nuevas organizaciones			
Geografía y Clima	Accesibilidad de las comunidades, Distancia entre comunidades, Variantes estacionales			
Vías y medios de Comunicación	Sector 1 Las Barrancas	Sector 2 Agua Blanca	Sector 3 El Tizate	Sector 4 La Nueva Concepción
Comunidades del Área de influencia	15 de agosto Las Barrancas Centro Las Granadillas Los Agustines Nueva Jerusalén	Agua Blanca centro Kanaq de los Olivos La Canoas Las Pacayas Los Vailes	Chanshenel El Tizate Centro Los Delgado Los Marroquines Los Méndez Los Pérez Vista hermosa	Cruz de Ajpop Cruz de Kanaq Edén Chiquito Los Cipreses Los Escobares Los Gonzales Nueva Concepción centro
Población total.	1767	1369	2798	2750
Familias No de ASC	249 3	210 4	376 4	422 4

El nivel de atención consiste en un solo tipo de establecimiento que provee el servicio de atención del primer nivel en base a los tres programas de salud, el cual consiste en las casas de salud comunitarias. Las casas de salud comunitarias son estructuras de baja complejidad para la atención intra muros y donde principalmente se desarrollan PEAS.

ECOS

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Estos criterios de asignación de RRHH han permitido una conformación de equipos de composición numérica diferente para ambos pilotajes como podemos observar en los cuadros siguientes:

Cuadro No.11
Composición del Equipo Comunitario del pilotaje de San Juan, área de influencia y población cubierta

Cuadro No.11
Composición del Equipo Comunitario del pilotaje Boca Costa, área de influencia y población cubierta

	Sector A	Sector B	Sector C	Sector D	Sector E	Sector F
Comunidades del Área de influencia	Chituj Pacanal I A Pacanal I B Pacanal II Pasac	Pasaquijuyu p	Chicorral Chuinimajuy ub Pacquip Tzamabaj	Chuiatzam Palá Patzaj San Miguelito	Patzite centro Patzite Ixtahuacan Patzite Nahuala Chicomó	Panguine y Paraje Xecuchin
Población total.	2659	1635	1058	1627	2430	1256
Familias	488	272	157	244	382	207
No de ASC que conforman el ECOS	3	2	2	2	3	2

Los ECOS funcionan como equipos de trabajo poli funcionales, para ello cada ASC desarrolla de acuerdo a la programación, rotaciones que permiten alternar acciones intra muros y extra muros de acuerdo a los tres programas de atención y sus tácticas operativas. Esta rotación equilibra las cargas laborales de los ASC y permite la atención de carácter continuo y permanente en las casas de salud.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

El siguiente cuadro ejemplifica la programación mensual de un ECOS compuesto por dos integrantes:

Cuadro No. 12
Programación mensual de actividades por programa de salud
De un ECOS compuesto por dos ASC

Programación mensual		1ra. Semana	2da Semana	3ra. Semana	4ta. Semana
ECOS	ASC 1	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia en salud	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia en salud
	ASC 2	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia en salud	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud	Trabajo comunitario, visitas familiares y vigilancia en salud	Atención clínica en la CSC y vigilancia de la salud

5.3.2 La organización comunitaria

Con relación a la organización comunitaria del primer nivel se ha incorporado a las acciones del MIS desde el mismo momento de inducción de la propuesta al identificar las organizaciones existentes, algunas de ellas se incorporaron a partir del momento mismo de realizar la línea basal y censo en el 2004. Los actores comunitarios con los que se han fortalecido las acciones del primer nivel la constituyen las comadronas, los/as terapeutas mayas, representantes de diversas organizaciones religiosas y los COCODES.

5.4 La Gestión del Recurso Humano

Desde el planteamiento teórico del MIS el recurso humano se considero un factor crítico principalmente porque se requiere, un esfuerzo adicional y sostenido por parte del personal para alcanzar los logros sanitarios y los intangibles esperados del modelo.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La gestión del recurso humano se centra en la idea del trabajo en equipo y el poli funcionalismo enmarcado en un ambiente laboral de confianza y participación grupal, en donde son considerados no solo como funcionarios de salud sino como personas con intencionalidades, aspiraciones e intereses objetivos y conflictos que deben complementarse y mantener una actitud positiva ante el trabajo colectivo, por lo cual se han desarrollado de forma sistemática procesos de aprendizaje y actividades de integración.

La gestión del recurso humano en el MIS parte del establecimiento de perfiles de desempeño acorde a los resultados y actividades de los programas de salud.

5.4.1 Reclutamiento y selección de personal

Un de las premisas de la selección del Recurso humano en el MIS esta relacionada a la importancia de contratar personal de nivel local o regional principalmente porque:

1. Evita gastos de traslado para el trabajador/a
2. Conocimientos de la cultura e idioma local
3. Identificación con la población
4. Posibilidad de contar con prestación más continua y respeto a los horarios de trabajo

En el año 2003 en el mes de marzo inició el proceso de selección de los EAPAS, y la selección fue más al cumplimiento de las cualidades y características requeridas de acuerdo al perfil desarrollado que a formación académica.

Uno de los requisitos importantes para la selección es la acreditación de experiencia en trabajo comunitario no necesariamente referido a salud pero que en el desempeño del mismo se valoraría especialmente el haber sido líder o asesor de procesos comunitarios.

Para la selección y reclutamiento de los EAPAS se desarrollaron procesos de convocatoria a los interesados a través de los medios de comunicación en los dos departamentos y los municipios de la intervención. La primera tarea que desarrollaron los EAPAS fue la participación de manera conjunta con el equipo formulador de la propuesta en el diseño y ejecución del programa de formación de los ASC.

5.4.2 Administración del Recurso Humano

El Recurso humano de los niveles de gestión y ejecución de cada uno de los pilotajes, está contratado por las ONG's que intervienen en el MIS, IDEI para el pilotaje del proyecto San Juan, en San Juan Ostuncalco y la Clínica parroquial Maxeña para el pilotaje de Boca Costa que incluye a los municipios de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacan.

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

- Los salarios referenciales para los ASC son los de los/as auxiliares de enfermería (ASC).

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- Los salarios referenciales para los EAPAS son los de enfermeras profesionales y técnicos en salud rural (los Animadores psicosociales, comunitarios y Enfermera/o encargado de PIAS)
- Los salarios referenciales para los Médicos/as EAPAS encargados de PIAS son los de Médicos/as ambulatorios/as.

Se les garantizan las prestaciones laborales de ley incluyendo vacaciones y seguro social así como el incremento progresivo de los salarios en relación al desempeño y la inflación. La forma de contratación es anual, con renovaciones al finalizar el periodo y una de las características observadas es la baja rotación del personal, principalmente de los ASC y la más alta rotación está referida principalmente al puesto de coordinador/a.

Las bajas generadas dentro de los ASC en los pilotajes han sido vinculadas a motivos personales como la migración, la formación y el desempeño en el cumplimiento de sus funciones.

5.4.3 Los procesos de formación y capacitación permanentes:

Una de las características del RRHH dentro del MIS consiste en la identificación de perfiles de desempeño por lo que los procesos de capacitación se establecen para el desarrollo de capacidades y el adecuado desempeño del trabajo poli funcional, inter programático e intercultural. Los procesos de formación y capacitación operativamente se refieren a dos ámbitos:

1. El General: su población objetivo lo constituyen los RRHH de los dos pilotajes del MIS y está vinculado a la transferencia de normas cuando las mismas han sufrido modificaciones, adiciones o correcciones derivadas de los procesos de análisis reflexión.
2. El particular que está referido al desempeño de cada pilotaje y vinculado a necesidades de capacitación identificadas como producto de la evaluación del desempeño.

Las modalidades de capacitación en el ámbito particular a su vez se subdividen en dos categorías:

1. Grupal: que se realizan en días específicos de acuerdo a la programación de cada pilotaje y participan tanto ECOS como EAPAS. Se ha normado que tres días al mes son destinados para el proceso de formación permanente de los ECOS, el cual se desarrolla en la sede de los pilotajes.
2. Individual: la cual se desarrolla en las casas de salud, a partir de las debilidades encontradas en el desempeño de los ASC y forma parte de la supervisión formativa.

Tanto la transferencia de normas como los procesos de capacitación son incluidos dentro de la programación tanto anual como mensual de los equipos.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

En ambos casos se ha podido observar el esfuerzo sostenido del equipo conductor de la propuesta (San Lucas) de desarrollarlos de forma ordenada, instrumentalizada, con guías de apoyo y con especialistas en los temas³⁶. Los procesos de capacitación también están dirigidos a la profundización de conocimiento y empoderamiento de las perspectivas y atributos de la propuesta. Para ello se han desarrollado talleres y experiencias vivenciales, en donde se ha podido observar que a mayor nivel académico mayor resistencia se presenta en relación a ciertos temas vinculados a la interculturalidad y el género.

Durante el año 2006 se desarrolló un programa de formación en Vigilancia de la Salud con enfoque Intercultural el cual fue acreditado por la URL y dirigido a los EAPAS y equipo conductor.

En el último trimestre del año 2007 inicio el proceso de negociación con el MSPAS para la acreditación de los ASC como auxiliares de enfermería comunitaria el cual ha iniciado formalmente en el primer trimestre del 2008.

5.4.4 El Clima organizacional:

Si partimos del enfoque conceptual que el clima organizacional utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en el medio laboral, a ese respecto el personal de ambos pilotajes manifiestan estar satisfechos, principalmente porque trabajaban en ambientes de cooperación, donde en la mayor parte de las ocasiones prevalecía la recompensa más que el castigo. Las percepciones de las diferentes dimensiones del clima organizacional de forma general dentro de los pilotajes esta descrito a continuación

Cuadro No 13
Clima organizacional en ambos pilotajes

Dimensiones	Percepciones
Estructura	Se considera que el ambiente de trabajo está estructurado, consideran que no deberían agregarse mas normas ni procedimientos que ya hay suficientes
Empoderamiento	Son coincidentes con las perspectivas y atributos de la propuesta
Recompensa	Consideran que su trabajo ha sido bien recompensado
Desafío	Consideran que han acepado una gran cantidad de riesgos y se encuentran satisfechos con ello
Relaciones	Ambiente grato y de buenas relaciones
Cooperación	Existe apoyo mutuo en el desarrollo del trabajo
Estándares	Énfasis en la evaluación del desempeño
Conflictividad	Cierta discrepancia entre niveles de la organización(ECOS EAPAS SJO) principalmente originada por el desempeño del coordinador y actitudes de la medica encargada de PIAS relacionada con la resistencia de desarrollo de las visitas a sectores lejanos, que generan malestar entre los/as ASC
Identidad	Se comparten objetivos comunes en la mayor parte de niveles de la organización

Fuente: Estudio de campo de la presente consultoría

³⁶ Documentos internos “ Plan general de formación permanente del ASC, programa individual de atención” 2005, Cronograma de formación permanente para EAPAS, cronograma de formación permanente para ECOS, 2007 y 2008

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

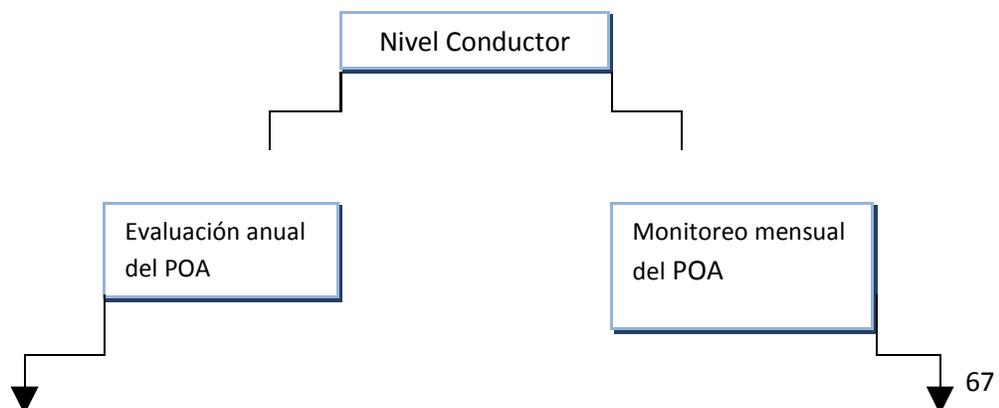
Hay algunas diferencias importantes entre pilotajes, pareciera que el pilotaje de San Juan Ostuncalco presenta un grado mayor de conflictividad y menos cooperación principalmente entre ASC y EAPAS y entre EAPAS mismos.

5.5 Los procesos de Monitoreo, supervisión y evaluación

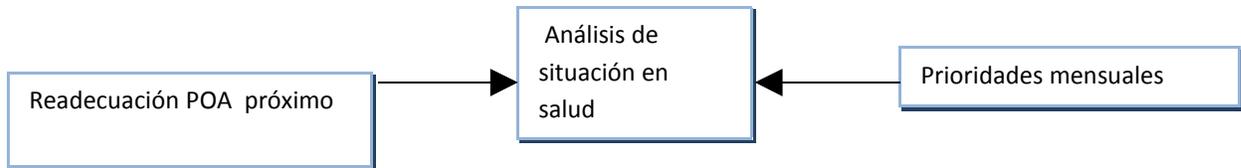
Existen por lo menos tres niveles diferentes de monitoreo y evaluación en el MIS, el nivel del equipo conductor, el de la coordinación del pilotajes y el de los EAPAS hacia los sectores.

Los procesos de monitoreo y evaluación del nivel conductor podrían esquematizarse de la siguiente forma:

Esquema No. 6 Procesos de monitoreo y evaluación desarrollados por el nivel conductor del MIS



Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



La oficina de San Lucas, inicialmente y posteriormente los coordinadores de pilotajes desarrollan un proceso anual de evaluación del POA, como anteriormente se describió. Esta evaluación provee insumos para la readequación de la programación del año entrante.

La oficina de San Lucas desarrolla de forma mensual un monitoreo del POA y como resultado de este monitoreo de cumplimiento emite las guías de prioridades mensuales dirigidas hacia los coordinadores de pilotajes. Este análisis es tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, lo que permite incorporar acciones correctivas o adaptaciones a la propia programación.

Los coordinadores de pilotaje monitorean de forma mensual:

- a. Cumplimiento de la programación del pilotaje en su conjunto, cumplimiento de la programación de los EAPAS como coordinadores de programas y como responsables de sector en base a actividades programadas y actividades cumplidas.³⁷
- b. Cumplimiento de los indicadores de acuerdo a los criterios de cobertura anual, cobertura esperada, cobertura actual observaciones y propuestas de mejora
- c. Avance de prioridades del MIS de acuerdo a las prioridades mensuales identificadas por el equipo de San Lucas.

Los EAPAS como responsables de sector monitorean:

- a. Vigilancia en salud
- b. Gestión de las CSC
- c. Programación y Evaluación mensual del sector

Para el desarrollo del proceso de supervisión de los EAPAS a los ECOS como responsable de sector se espera que se monitoreen los procesos que garanticen una adecuada gestión de las casas de salud para lo cual desarrollan visitas semanales al sector. Las variables sujetas a monitoreo son:

- a. Cadena de frío y disponibilidad de biológico

³⁷ Documentos internos “ Instrumento de programación mensual y seguimiento de metas por sector”

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- b. El manejo de los Archivos
- c. Disponibilidad de registros instrumentos y norma
- d. Disponibilidad de equipo
- e. Manejo del balance requisición y envío de suministros (BRES, medicamentos, insumos, pruebas diagnosticas)
- f. Mantenimiento de bodega de medicamentos y suministros
- g. Adecuación de las CSC según normas de género e interculturalidad
- h. Organización y limpieza de las casas de salud

5.5.1 Evaluación del desempeño

Para el desarrollo de los procesos de vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas el mecanismo que se estableció es el de la evaluación del desempeño de los ASC por parte de cada EAPAS responsable del programa.

La evaluación de desempeño de los ASC constituye el mecanismo de monitoreo de los programas comprende la evaluación trimestral por parte de los EAPAS responsables de programas a cada uno de los ASC en el cumplimiento de los siguientes procesos

Cuadro No. 14

Procesos a evaluar en el desempeño de los ASC en los diferentes programas de atención del MIS

Programa individual	Programa familiar	Programa comunitario
Consulta de Recién nacido Menores de 5 años Consulta Puérpera en la vivienda Consulta de Embarazada Consulta general mayores de 5 años	Peso, talla Manejo de los instrumentos de registro Consejería de acuerdo a riesgos encontrados en visita integral. Micronutrientes de acuerdo a la norma Vigilancia de riesgos. Aplicación de Guía de acción y seguimiento	Mantenimiento al huerto Identificación de plantas en los huertos como en la sala situacional Formación a la COPEC mensualmente Lavado de tanque Muestras de agua Actividades con COCODES Actividades con terapeutas

5.5.2 Los instrumentos de supervisión del MIS:

Los instrumentos de supervisión del PIAS: Para desarrollar el proceso de monitoreo y supervisión se ha estructurado una *Guía de monitoreo y supervisión de la consulta de agentes de*

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

salud comunitaria en CSC. Este instrumento permite evaluar conforme a lo normado para el proceso de atención individual que brindan los y las ASC y permite medir la efectividad de las consultas. El resultado de las evaluaciones del desempeño posteriormente se convierte en insumos que facilitan la identificación de las competencias que necesitan ser reforzadas por cada ASC supervisado a partir de las cuales se desarrolla un plan de asistencia técnica por parte de los EAPAS.

Para garantizar que el proceso análisis del desempeño este estandarizado para todos los EAPAS supervisores adicionalmente se ha desarrollado un instructivo general sobre la guía de supervisión y monitoreo.

Dentro de las normas del proceso de supervisión del PIAS se encuentran:

1. La indicación de que cada 6 meses halla rotación por parte del EAPAS responsable del PIAS (medico/e y enfermera/o)
2. La supervisión debe ser programada

El instrumento incluye el plan de mejoramiento mensual/trimestral de las competencias que deben ser mejoradas. Este instrumento contiene Instrucciones generales sobre la guía de monitoreo y evaluación para el evaluador y una guía para el supervisor con la metodología normada para cada uno de los miembros del equipo y sugerencias de intervenciones.

Los instrumentos de supervisión del PFAS: El instrumento de monitoreo y supervisión está constituida por una hoja individual para la evaluación del desempeño del ASC en las diferentes visitas familiares el cual tiene varias modificaciones estimadas necesarias conforme a la madurez de los pilotajes. Este instrumento se desarrolló con dos finalidades:

1. Normar y recordar todos los criterios y acciones de la visita familiar así como estandarizar las competencias en las etapas de preparación, ejecución y seguimiento de la misma.
2. Supervisar el desarrollo de las competencias.

El instrumento cuenta con tres secciones relacionadas con las tres fases normadas para la visita familiar, la preparación, la ejecución y el seguimiento. El instrumento es de fácil manejo y funciona como una lista de cotejo de 14 competencias que permite chequear y hacer observaciones a cada una de las acciones realizadas. Se plantea para el desarrollo del proceso de supervisión el acompañamiento desde la CSC y durante la visita familiar, está propuesto que las supervisiones sean de carácter trimestral, y se desarrolla una por cada ASC.³⁸

La evaluación del desempeño del PFAS incluye adicionalmente lo relacionado al cumplimiento de la meta de visitas familiares programadas, los mensajes brindados a las familias principalmente lo relativo a:

1. Mensaje de auto atención
2. Derecho a la Salud,
3. Riesgos específicos seleccionados por su frecuencia y relevancia a partir del análisis efectuado.

³⁸ Contenido en el documento “Programa familiar de salud. Guías y materiales de apoyo para la visita familiar”

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La evaluación de desempeño de los ASC en el PCOS está referida principalmente al desarrollo de las actividades normadas para la implementación del mismo. Para el año 2007 las competencias de los ASC esperadas para el desarrollo del PCOS estuvieron vinculada principalmente a:

1. Reuniones con terapeutas mayas
2. Formación de COPEC
3. Reuniones con los COCODES
4. Actividades relacionadas con el huerto demostrativo
5. Toma de muestras de agua
6. Lavado de Tanques
7. Charlas de Información y comunicación con grupos

Actualmente no existe un instrumento de supervisión de competencias en el PCOS y se ha identificado como una necesidad por parte de los animadores comunitarios. Por lo consiguiente para evaluar el desempeño de los ASC en el PCOS se toman dos criterios:

1. Cumplir con el numero de actividades programadas
2. El desempeño por cada tipo de actividades calificada de forma subjetiva

Los procesos de monitoreo incluyen como aspectos específicos del desempeño de los ASC la operacionalización de la perspectiva de género a partir del diseño e implementación de la Guía de cotejo vigente desde el año 2006 y la que se describe a continuación:

Cuadro No. 15

Guía de cotejo del desempeño de los ASC en función de la perspectiva de género en los diferentes programas y procesos de atención

Consulta:

QUE	COMO
Inicio de consulta	Pregunta si quiere entrar acompañada-o prefiere entrar sólo-sólo. Aunque es el acompañante quien expone el motivo de la consulta, pregunta a la persona enferma su opinión y dirige a ella la mirada, en especial si es mujer, adulto /a mayor o niño /a.
Autodiagnóstico familiar	Reconoce los conocimientos de salud del enfermo/a o la persona que lo /a acompaña, en especial si son mujeres, las reconoce como cuidadoras y curadoras.
Estado Sico-social	Detecta o tiene sospecha sobre abuso sexual o violencia y si la persona le solicita apoyo sigue los procedimientos del riesgo del cuadernillo de PFAS

POR SUBPROGRAMA: infantil y en edad escolar

QUE	COMO
Intercambio o interacción_ <u>Identifica en la consulta las oportunidades para:</u>	Se interesa por ganar la confianza de niñas /os en la consulta.
	Los /as toma en cuenta en el intercambio con la persona que le acompaña.
	Proporcionar información sobre el crecimiento y desarrollo infantil, no solo a las mujeres madres, sino a los padres , sobre:
	Motiva a los padres sobre el cuidado de hijos e hijas
	Proporcionar información relacionada con los derechos de la niñez y la igualdad en el trato de niños/as.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

POR SUBPROGRAMA:

Mujeres adolescentes y adultas; embarazadas y no embarazadas: (si no hay confianza, no insista)

Intercambio o interacción	Establece confianza, respeto y confidencialidad, en la conversación e investiga, si la adolescente o mujer adulta es madre soltera
	Si es mujer /madre con un hijo, y si ha decidido sobre otros embarazos.
	Si como adolescente o mujer/ madre conoce los métodos de planificación familiar
	Explica con detalle, sin emitir opiniones de prejuicio o valores personales, la información que la mujer adulta o adolescente, embarazada o no, solicite sobre su salud sexual y reproductiva
	No emite opiniones de juicio o valor sobre aspectos relacionados con aborto
	Identifica en la consulta oportunidades para conversar sobre: Los derechos de las mujeres
	Proporciona algunas recomendaciones sobre los riesgos laborales del trabajo domestico, distribución del tiempo y tareas en la familia.
	Identifica la oportunidad de informar sobre otros servicios relacionados con la salud de las mujeres (detección de cáncer uterino, de mama, inmunizaciones Toxoide tetánico, etc)
	Motiva a las mujeres a asistir a la consulta aunque no estén embarazadas.

POR SUBPROGRAMA: Hombres adolescentes y adultos.

Intercambio o interacción_	Establece confianza e investiga si es soltero o no, sobre todo si es adolescente.
	Motiva y manifiesta la importancia de asistir a la consulta
	Indaga si participa en el cuidado de los hijos /as.
	Investiga y registra como se toman las decisiones sobre el numero de hijas /os que quiere tener
	Investiga si la persona conoce o utiliza medidas preventivas para el contagio de ITS – VIH tales como el condón
	Proporciona información sobre los problemas provocados por conductas de riesgo en los hombres (alcoholismo, violencia, ITS).
	No emite opiniones de juicio o valor sobre aspectos relacionados con adicciones (alcoholismo, drogas etc.)
	Motiva a los hombres a asistir a consulta y a promover en otros hombres no aguantarse las dolencias pues ellos también tienen derecho a la salud.

POR SUBPROGRAMA: Adultas /os mayores

Intercambio o interacción	<i>Les toma en cuenta en el intercambio con la persona que le acompaña.</i>
	Motiva e informa sobre otros servicios relacionados con su salud (trastornos de la menopausia, cáncer de próstata, osteoporosis,...)
	<i>Investiga y registra si en la actualidad cuidan o son responsables del la crianza de nietos /as</i>

Espacio físico

QUE	COMO
Mensajes en las	Las imágenes, mensajes y rótulos que se utilizan son adecuados a la realidad de la comunidad y

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

CSC	expresan mensajes de equidad de género.
-----	---

Distribución de tareas:

QUE	COMO
Equidad en la distribución de tareas en el ECOS	Existe rotación en la distribución de tareas de limpieza y orden de la CSC
	Existe rotación de responsabilidades en la coordinación y toma de decisiones del grupo.
	Se manifiesta una buena relación y consideración hacia compañeras y compañeros de trabajo
	Se toma en consideración las medidas necesarias de seguridad en la movilización del personal, sobre todo femenino.

La gestión de medicamentos y dispositivos médicos

Al inicio de la implementación del MIS, se desarrollo la primera compra de medicamentos y dispositivos médicos basados en la morbilidad esperada de acuerdo al perfil epidemiológico identificado a partir del censo y la línea basal. Esta compra resulto excesivo en algunos insumos de tal forma que todavía se encuentra la existencia de algunos de ellos.

A partir del año 2006 la identificación de las necesidades de bienes y servicios necesarios principalmente medicamentos y dispositivos médicos se desarrollan a partir de la normativa técnica del MSPAS de medicamentos y productos farmacéuticos afines y la utilización del balance requisición y envío de insumos (BRES).

5.6.1 Programación de medicamentos y dispositivos médicos:

La base de la programación de medicamentos del MIS la constituye:

- 1.Revisión de los consumos históricos (se refiere al periodo anterior en el caso del MIS el trimestre anterior)
- 2.Niveles de Seguridad (establecidos como los mínimos y máximos de existencia tanto en las casas de salud comunitaria y la coordinación de los pilotajes que se constituyen en las bodegas centrales)
- 3.Análisis de la producción del periodo anterior (trimestre para el caso del MIS)
- 4.Demanda real
- 5.Existencia del producto en la bodega central y las casas de salud comunitaria.

Compra de medicamentos y dispositivos médicos:

La compra de medicamentos y dispositivos médicos se desarrolla de acuerdo al siguiente ciclo:

Esquema No. 7 Ciclo de compara de medicamentos y dispositivos médicos



La proyección y adquisición de los medicamentos y dispositivos médicos se hace por compra directa por medio de las ONG's participantes dentro del proceso de implementación de los dos pilotajes (clínica Maxeña e IDEI)

El listado básico de medicamentos del MIS esta constituida por 78 medicamentos³⁹, 44 más de los estimados para la extensión de cobertura del MSPAS⁴⁰. Las principales diferencias son:

- a) La inclusión de medicamentos para las enfermedades crónicas no transmisibles detectadas dentro de los diferentes sectores de los pilotajes y constituyen medicamentos para pacientes previamente identificado y solamente pueden ser dispensado con autorización de los EAPAS encargados del PIAS (medico/a y/o enfermero/a)
- b) La inclusión de antibióticos, analgésicos, antipiréticos, mucolíticos, expectorantes, anti pruriginosos y antimicóticos dermatológicos no contemplados para la extensión de cobertura MSPAS.
- c) La inclusión de útero tónico (methergin), esteroides y soluciones intravenosas no consideradas para el primer nivel de atención del MSPAS.

³⁹ Documento interno "formato de solicitud de medicamento de la casa de salud comunitaria"

⁴⁰ Listado de medicamentos de extensión de cobertura, MSPAS, 2008.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

- d) La inclusión de suplementos nutricionales incaparina para los niños/as diagnosticados con desnutrición aguda leve moderada (Nut2)

Los niveles de seguridad se refieren al promedio de existencia de medicamentos tanto en la bodega central de los pilotajes como en las bodegas de las casa de salud y están clasificado de la siguiente forma:

Nivel Máximo: Se define como el número máximo de meses de existencia de productos que se ha fijado para los servicios, con el fin de evitar el riesgo de vencimiento, regularmente los estándares dentro del MSPAS son:

- a. Nivel de bodega de central: 4 meses a 6 meses
- b. Nivel de bodega de servicios de salud: 3 meses

Nivel mínimo: Se define como el número mínimo de meses en existencia de productos que se ha fijado para los servicios, con el fin de evitar desabastecimiento, regularmente los estándares dentro del MSPAS son:

- a. Nivel de Bodega de DAS: 2 meses a 3 meses.
- b. Nivel de bodega de Distritos y servicios: 1 mes a 3 meses.

5.6.2 Almacenamiento y distribución de los medicamentos y dispositivos médicos:

El almacenamiento se desarrolla en las sedes de los pilotajes y en las bodegas de las casas de salud comunitaria a partir de:

- a) Cumplimiento de condiciones mínimas de almacenamiento
- b) Manejo del sistema PEPE (primero en expirar primero entregar)⁴¹
- c) Ordenado de acuerdo a fecha de vencimiento

La Distribución de desarrolla de forma trimestral a partir de las necesidades detectadas en las casas de salud de acuerdo a la información provista por el BRES y el control de inventario.

Los procesos de Información

Dentro del diseño del MIS en las bases y lineamientos la información se encuentra vinculada principalmente a los procesos de vigilancia de la salud. Establecen tres procesos: la recolección, el procesamiento y el análisis de la información. Plantearon así mismo los niveles de agregación de información conjuntos socio culturales, sector comunidad familia e individuos.

Se planteó que las unidades de análisis estarían conformadas por el distrito, el sector, la comunidad, la familia y el individuo.

5.7.1 Captura de la información:

⁴¹ Identificado a través del actual proceso de sistematización.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La captura de la información dentro de los pilotajes se inicia en el año 2004 con el proceso censo para la elaboración de la línea basal de las comunidades donde se implementaría los pilotajes, posteriormente se han desarrollado varios instrumentos de captura principalmente la ficha clínica y la ficha familiar .

Los instrumentos de captura de los pilotajes están igualmente referidos a los tres niveles de acción análisis comunidad, familia e individuo.

1. El instrumento de captura para el nivel análisis de acción comunidad está representado por la boleta de censo y línea basal.
2. El instrumento de captura para el nivel análisis de acción familiar y para la vigilancia epidemiológica es la ficha familiar.
3. El instrumento de captura para el nivel de análisis acción individual y para la vigilancia epidemiológica es la ficha clínica.

De igual forma los tres instrumentos contienen en ellos mismos variables vinculadas al camino del enfermo, enfermedades socio culturales y género.

Tanto la ficha familiar como la ficha clínica han sufrido cambios desde su diseño inicial, sin embargo son de fácil comprensión, aportan información relacionada con las perspectivas del pilotaje cuentan cada una de ellas con un instructivo o guía para el adecuado registro de la información.

La ficha familiar contiene la información general de todos los miembros de la misma, incluyendo el tipo de familia, estado vacunal de los mismos, saneamiento básico, migraciones y los riesgos presentes de acuerdo a los criterios de riesgo de la dispensarización.

La ficha clínica: contiene la información general de los consultantes, antecedentes individuales, familiares, el grupo étnico al que pertenecen o se auto identifican, acceso a Seguro Social y otros servicios, el auto diagnóstico familiar, las personas que apoyaron, los remedios recibidos, los signos y señales de peligro así como el resultado del examen físico.

5.7.2 Procesamiento de la información

Esquema No. 8 Ciclo del proceso de información del MIS Digitador/a Logista



El proceso de automatización de la información inicia con los pilotajes, a partir del censo y línea de base, incorporándose los tres niveles de análisis-acción (comunidad, familia e individuo) y los procesos relacionados con la producción, consumo y aspectos socioculturales. A partir de la construcción de la base de datos el procesamiento de la información se desarrolla en dos instancias diferentes:

1. La casa de salud comunitaria que lo desarrolla de forma manual y no se incluyen en la base de datos
2. La sede del EAPAS y que se ingresan a la Base de datos.

En la casa de salud se procesa la siguiente información:

1. Ficha personal de atención pre y post parto
2. AIEPI de una semana a menor de 2 meses

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3. AIEPI de 2 meses a menores de 5 años
4. Hoja de referencia
5. Consolidado para seguimiento de niños/as desnutridos
6. Hoja de consolidado de enfermos crónicos con tratamiento
7. Consolidado para seguimiento para personas con riesgo alto (excepto embarazadas y desnutridos)
8. Investigación de muerte en menores de 5 años
9. Plan de emergencia familiar

Esta información es utilizada principalmente para el seguimiento de problemas identificados en cada uno de los sectores y son aspectos importantes de los informes del desempeño de los sectores.

El procesamiento de la información a través de la base de datos funciona ingresando los instrumentos a la misma bajo el mecanismo de entrega de información por parte de los y las ASC a los digitadores quienes la ingresan y posteriormente la devuelven a través de reportes. Los instrumentos ingresados a la base de datos son:

Cuadro No. 15
Instrumentos ingresados a la base de datos del MIS

Instrumento	Periodicidad
Ficha clínica	Entrega diaria
Ficha familiar	Entrega diaria
Cuaderno de MEF (SIGSA5b)	1 a 2 veces por mes
Cuaderno de menores de 5 años (SIGSA5a)	1 a 2 veces por mes
Otros servicios	Mensual
Vacunación para la mujer de 15 a 49 años	Mensual
Registro mensual de nacimientos (SIGSA1)	Entrega diaria
Registro mensual de defunciones (SIGSA2)	Entrega diaria
Kardex de medicina semanal	Semanal a contador logista
Hoja de demanda real	Semanal junto con Kardex
Listado de jefes y miembros de familia	De acuerdo al cronograma establecido

La base de datos genera varios tipos de reporte dentro de los más importantes están los normados por el MSPAS, incluyendo SIGSA 18 el cual es enviado al Distrito respectivo y utilizado en la vigilancia y corresponden a los insumos a utilizar en Sala Situacional, los indicadores de las UAT, la ficha familiar, el censo y los cuadernos SIGSA 5 a y b del los cuales se hace 2 impresiones al año aproximadamente una cada seis meses.

Estos reportes se convierten en herramientas fundamentales del quehacer de los ASC principalmente para organizar, priorizar y programar las visitas familiares, identificar riesgos familiares, población susceptible permitiendo establecer cronogramas de visitas familiares,

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

reducir las oportunidades perdidas de vacunación, garantizar la suplementación oportuna con micro nutrientes y actualizar el estado nutricional de los niños/as

Los croquis y el censo se actualizan a través de dos mecanismos uno el ingreso de la ficha familiar y el segundo a través de la actividad de verificación física en las comunidades para identificar si hay nuevas viviendas o algunas han sido desocupadas. Uno de los elementos importantes del sistema de información y la base de datos es la codificación que vincula, la comunidad, la vivienda, la familia y el individuo, permite la identificación desde el croquis hasta la información atinente a la familia, sus riesgos individuales, familiares y ambientales así como las fichas clínicas de cada uno de sus miembros.

5.7.3 Verificación de la calidad del dato:

Uno de los procedimientos más importantes con relación al sistema de información está referido a la vigilancia de la calidad del dato que de forma mensual se hace desde la oficina de San Lucas y en visita a los pilotajes, para lo cual se desarrollan procesos de monitoreo en:

Registro de la información: desarrollada a través de muestreo se revisan manualmente los instrumentos de recolección de información, principalmente:

- Fichas familiares
- Fichas clínicas
- Autopsias verbales
- SIGSA 1 y 2

Digitación de la información: desarrollada en los pilotajes con los digitadores verificando a través de muestreo si los instrumentos físicos coinciden con lo ingresado.

Programación de la base de datos: Desarrollada en los pilotajes en base a referencias de errores identificados por los pilotajes y cuando no hay coincidencia entre los datos ingresados y revisados de forma manual con los reportes emitidos por la base de datos.

5.7.4 Uso y Análisis de la información:

La información generada en los pilotajes si bien es cierto es utilizada a todo nivel de la organización, tiene grados variables de usos y análisis. La información para su análisis podría definirse así:

1. Nivel Conductor: información agregada por ambos pilotajes
2. Nivel Gestor: desagregada por pilotaje
3. Nivel Ejecutor: Desagregada por sector

La información generada de acuerdo los niveles de organización es utilizada principalmente para:

1. Programación

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Vigilancia Sociocultural
3. Monitoreo y supervisión
4. Gestión de insumos
5. Monitoreo de perspectivas y atributos

Para la evaluación de las perspectivas y atributos del MIS los indicadores propuestos han evolucionado de los iniciales conforme al avance del mismo. Para la análisis y evaluación de los programas, perspectivas y atributos en el año 2007 se plantearon los siguientes indicadores:

Cuadro No. 16
Indicadores de monitoreo del MIS

INDICADORES DE LA PROPUESTA
1. Porcentaje de consultas a mujeres por motivos no reproductivos
2. Proporción de consultas a varones (10 años en adelante)
3. Razón de consultas varón/ mujer(10 años en adelante)
4. Porcentaje de hombres que apoyan los PEF en familias (<i>con mujeres embarazadas</i>)
5. en las que 1 o más hombres participan en la decisión
6. Porcentaje de personas del área de cobertura que han sido atendidos/as en consulta al menos una vez en el año
7. Consultas con impresiones clínicas de enfermedad maya popular
8. Consultas con EMP y referencias a terapeuta maya popular
9. Hombres integrantes de COPEC atendidos en consulta integral
10. Hombres de COCODES atendidos en consulta integral
11. Terapeutas maya-populares que recibieron consulta integral
12. Comadronas atendidas en consulta integral por médico(a) o enfermera(o) de PIAS
13. Personas con enfermedad crónica atendidas en consulta integral por médico(a) o enfermera(o) de PIAS
14. Menores de 28 días con 4 visitas de seguimiento posteriores a su primer control
15. Niños(as) desnutridos menores de 1 año con seguimiento conforme a norma y recuperados
16. Niños(as) menores de 1 año con diarrea, deshidratación y/o neumonía con seguimiento de acuerdo a norma
17. Defunciones a cualquier edad (incluye mortinatos) investigadas
18. Embarazadas en noveno mes vistas por médico(a) o enfermera(o) de PIAS
19. Planes de emergencia familiar elaborados según número de embarazadas registradas en control
20. Planes de emergencia familiar que cuentan con convencidos/as
21. Hombres que participan en PEF que están convencidos
22. Trabajos de equipo comunitario (TEC) desarrollados conforme a POA -BC-
23. Trabajos de equipo comunitario (TEC) desarrollados conforme a POA -SJO-
24. COPEC que realizan reuniones mensuales
25. Asistencia de terapeutas a reuniones trimestrales
26. COCODES de las comunidades sede de CSC que participan en Salas Situacionales al menos una vez en el año.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

27. Limpieza de acueductos previo al incremento de casos con base al análisis de la información de comportamiento semanal de la enfermedad diarreica.

28. Acueductos que recibieron limpieza y tratamiento de agua.

Los grados de análisis y usos de la información por cada nivel de la organización se describen a continuación:

Cuadro No. 17
Grados de análisis y uso de la información en los rocesos de gestión por nivel de la organización

Niveles	Programación	Vigilancia sociocultural	Perspectiva y atributos	Monitoreo y supervisión	Insumos
San Lucas	+++++	+++++	+++++	+++	
Coordinador de pilotaje	+++++	+++++	+++	+++++	+++++
EAPAS	+++++	+++	++	+++++	+++++
ECOS (ASC)	+++++	+++	+		+++++

Escalas de mayor a menor a mas cruces mas utilidad

Capítulo VI. Resultados

6.1. Resultados con relación a las perspectivas

6.1.1 Derecho a la salud

En la elaboración teórica del MIS, la salud se plantea como un derecho ciudadano en el cual tiene obligación el Estado, no como un servicio. Al hacer efectivo el derecho a la salud en un primer nivel de atención debe considerar la promoción de la organización el empoderamiento y la participación activa de las comunidades. Sus descriptores lo constituyen:

- Derecho a la atención en salud
- Auto responsabilidad como ciudadano
- Empoderamiento participación y organización.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Para monitorear la adecuada implementación de esta perspectiva los indicadores⁴² seleccionados son:

1. Porcentaje de Cobertura de vacunación en menores de un año con OPV
2. Porcentaje de Cobertura de control prenatal
3. Porcentaje de familias con reconocimiento de señales de peligro de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y embarazo.
4. Porcentaje de familias que al menos un miembro de la familia ha recibido atención.
5. Porcentaje de consultantes que han recibido su tratamiento
6. Porcentaje de familias visitadas en visita integral
7. Porcentaje de familias con mujeres embarazadas que cuentan con plan de emergencia
8. Porcentaje de tanques de agua lavados
9. Porcentaje de visitas realizadas a mujer embarazada en noveno mes
10. No. De actividades interprogramática a comunidades de difícil acceso.

Estos indicadores son de carácter operativos u operacionales pues los mismos miden el trabajo realizado en función de la cantidad de actividades o procedimientos realizados en relación a metas o estándares previamente establecidos.

Los beneficios de esta perspectiva se concretan en la percepción de los beneficiarios a cerca del reconocimiento del derecho a la salud.

“si, es que todo hombre y mujer tiene derecho a la salud en la Constitución Política del gobierno esta plasmado que todos tenemos que tener derecho a la salud, esta casa de salud nos está ayudando, y todos tenemos derecho sea hombre, mujer, niño, niña todos tenemos derecho a la salud”. (Grupo focal, Padre de familia Agua Blanca SJO)

“Así como dijo la compañera Vicenta que hay unas madres irresponsables y me da mucha tristeza porque yo miro a las trabajadoras salen a vacunar y a buscar a la gente y a veces no las encuentran por eso he dicho a las personas que se vayan a vacunar y vacunen a sus niños para ayudar a las enfermeras a no salir a buscar porque la necesidad es de uno y no es de ellos y miro pues que las personas son irresponsables pero tienen que ser responsables de los niños así no se enferman”. (Terapeuta de Nueva Concepción de SJO)

“Cuando nuestros hijos se enferman nosotros los padres somos los que tenemos obligación de curarlos pero la casa de salud nos ha ayudado mucho, nos han atendido bien” (Grupo focal de hombres Patzité de la Boca Costa)

⁴² Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas evaluar logros y metas. La OPS los ha definido como variables que sirven para medir los cambios. OPS” Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000” 1981

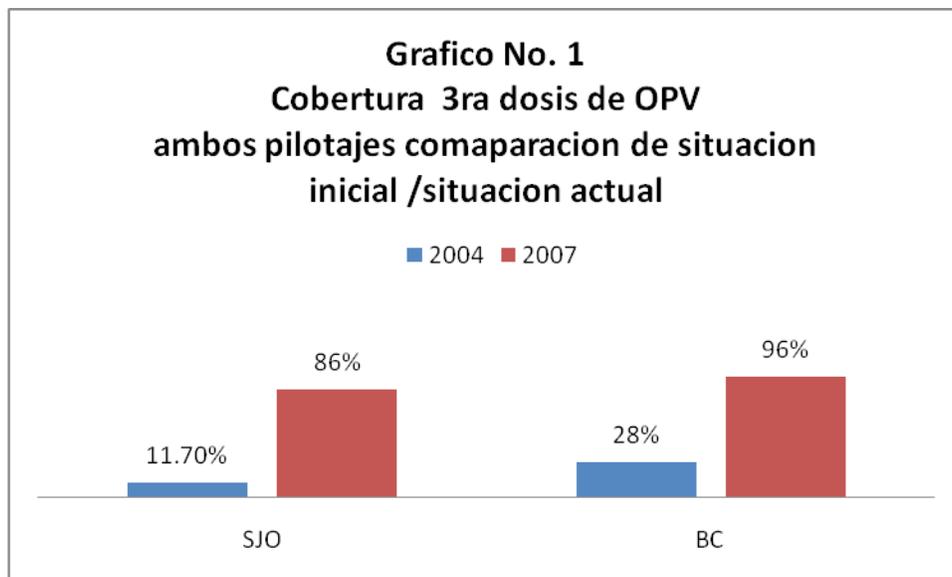
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

La percepción hacia el derecho a la salud se ha fortalecido a través de la consejería, asimismo, las personas reconocen su obligación de atender su salud y la de sus hijos, en estos comentarios también resalta el atributo de satisfacción en cuanto al servicio de salud que reciben las personas de la comunidad y de integralidad porque reconocen que la CSC atiende a todas las personas de la comunidad sin distinción alguna.

6.1.1.1 Resultados obtenidos de acuerdo a los indicadores de la perspectiva del derecho a la salud

Porcentaje de Cobertura de vacunación en menores de un año con OPV:

La cobertura de vacunación con OPV para el año 2007 y la comparación con la situación inicial se puede observar en el siguiente grafico.



Fuente: línea Basal y ASIS año 2007 de ambos pilotajes

Los datos anteriores permiten observar el incremento de cobertura a partir de la implementación del MIS con relación a los datos registrados en la línea basal. El incremento observado en el pilotaje de San Juan Ostuncalco corresponde a un 74.3% y un 68% en el pilotaje de Boca Costa.

La vacunación es una de las intervenciones mas costo /efectivas en la salud pública y la misma es uno de los 5 indicadores utilizados por la OPS para medir cobertura de atención de servicios de salud en la región de las Américas.⁴³

En el MIS este indicador permite monitorear en el avance de la perspectiva del Derecho a la salud entendida como derecho a la atención en salud de la población sin distinciones de ninguna naturaleza. Asimismo los resultados de este indicador contribuye al logro de los siguientes atributos del MIS:

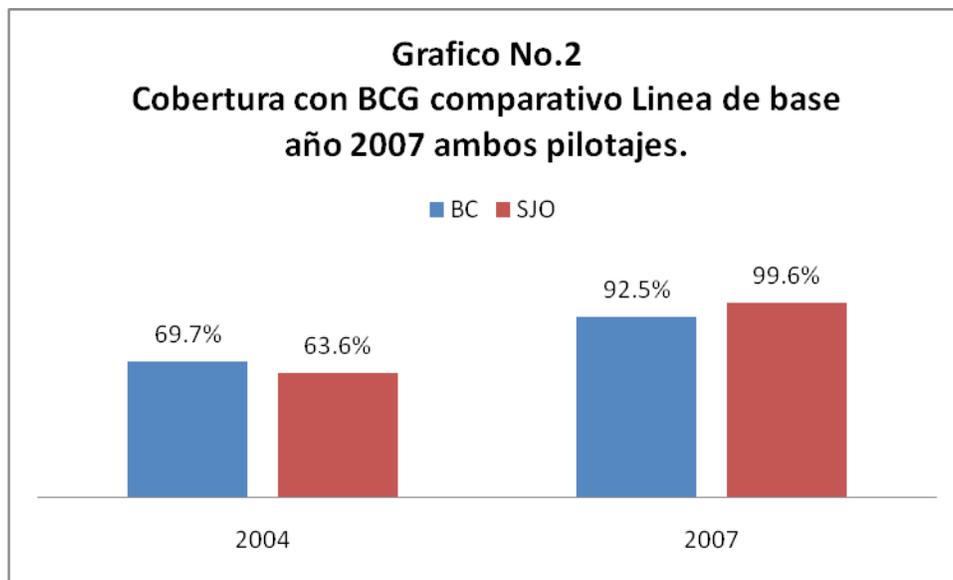
⁴³ Revista Panamericana de Salud Publica. Vol. 4. No. 5 Washington Noviembre de 1995.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

1. Integralidad entendida como la atención a servicios dirigida a los ámbitos comunitario, familiar e individual, a partir de acciones de salud preventiva intra y extramuros.
2. Cobertura a partir del desarrollo de programas y acciones en salud
3. Eficacia a partir de la consecución de los objetivos planteados en cuanto a la prevención en los tres programas.
4. Calidad a partir del cumplimiento de las normas de atención sanitaria
5. Participación social a partir del empoderamiento de la población y la participación en los proceso de vacunación.

Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG

La cobertura de vacunación con BCG para el año 2007 y la comparación con la situación inicial se puede observar en el siguiente grafico.



Los datos anteriores permiten observar el incremento de cobertura a partir de la implementación del MIS con relación a los datos registrados en la línea basal.

La administración de la vacuna BCG representa otro tipo de oferta de servicios, puesto que no se realiza en campañas masivas sino que sólo se efectúa en las instituciones de salud donde hay personal capacitado. Al tratarse de una actividad específica y permanente de los servicios de salud, podría utilizarse como indicador de accesibilidad y cobertura potencial para la atención institucional de otras necesidades básicas.⁴⁴

⁴⁴ Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 4. No. 5 Washington Noviembre de 1995.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

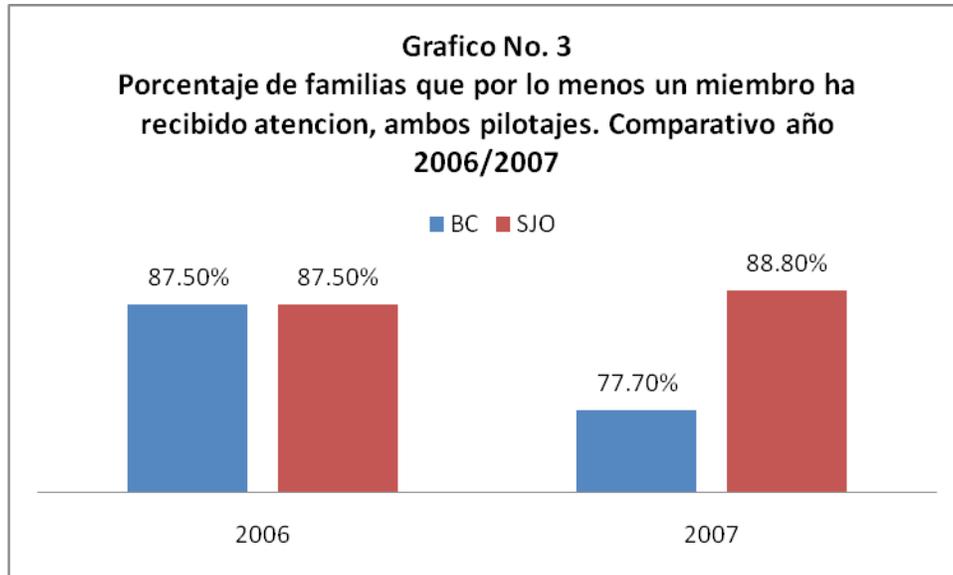
En el MIS este indicador permite monitorear en el avance de la perspectiva del Derecho a la salud entendida como derecho a la atención en salud de la población sin distinciones de ninguna naturaleza. Asimismo los resultados de este indicador contribuye al logro de los siguientes atributos del MIS:

1. Integralidad entendida como la atención a servicios dirigida a los ámbitos comunitario, familiar e individual, a partir de acciones continuas de salud preventiva intramuros.
2. Cobertura a partir del desarrollo de programas y acciones en salud y presencia de personal calificado
3. Eficacia a partir de la consecución de los objetivos planteados en cuanto a la prevención en los tres programas.
4. Calidad a partir del cumplimiento de las normas de atención sanitaria
5. Participación social a partir del empoderamiento de la población y la participación en los proceso de vacunación.

Porcentaje de familias que al menos un miembro de la familia ha recibido atención.

Este indicador en el MIS permite ilustrar el acceso de las familias de los pilotajes a procesos de atención en las casas de salud comunitarias

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

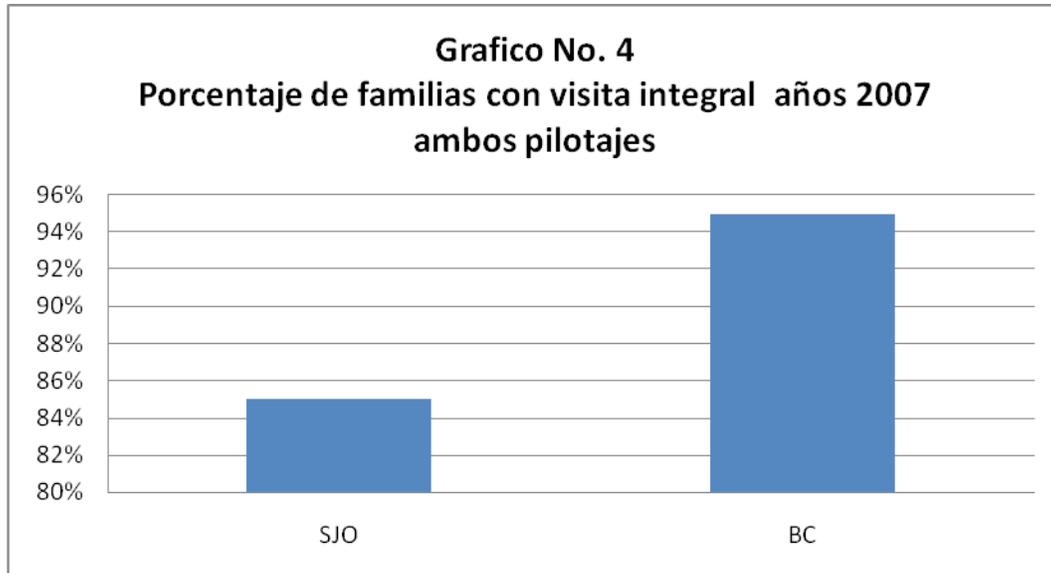


Los resultados anteriores permiten afirmar que en ambos pilotajes en más del 75% de las familias, uno de los miembros ha tenido acceso a los servicios de las casas de salud, para atenciones individuales. Una de las limitantes de este indicador es la dificultad de identificar que miembro de la familia ha recibido las atenciones, por lo que actualmente se ha dejado de monitorear dentro del MIS y el mismo a sido sustituido por la cobertura de los diferentes ciclos de vida.

Porcentaje de familias visitadas en visita integral

Las visitas familiares integrales permiten la vigilancia activa y sistemática de riesgos individuales, ambientales y familiares así como la entrega de servicios de consulta, el intercambio educativo y las intervenciones de información y comunicación. Durante el año 2007 la cobertura alcanzada en visitas familiares integrales pueden observarse en el siguiente grafico:

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Fuente: ASIS 2007

La visita familiar integral es una de las tácticas operativas propuestas para el programa familiar de salud, operativizada a partir del año 2006 y formalizada en el año 2007.

La meta programática dentro del MIS corresponde a cubrir al 100% de familias con una visita integral anual. Los resultados obtenidos reflejan que operativamente la meta normativa no se alcanzó durante el año 2007. Los análisis causales desarrollados permiten afirmar que los resultados en ambos pilotajes están influidos por:

1. La disposición de las familias a recibir la visita familiar y el rechazo de alguna intervención desarrollada en la misma (ej. Vacunación, planificación familiar) principalmente en las comunidades de San Juan Ostuncalco, ocasionadas por motivos de carácter religioso.
2. Los procesos de migración interna asociados con el trabajo agrícola temporal que ocasiona ausencias del núcleo familiar durante algunos periodos de tiempo del año principalmente en la boca costa de Sololá. Para reducir el impacto de estas migraciones en el cumplimiento de visita familiar integral que se están desarrollando mecanismo de control que permitan identificar el retorno de las familias, para reprogramar las visitas.

Los resultados alcanzados contribuyen al logro de los siguientes atributos del MIS:

1. Cobertura a partir de la oferta sistemática al 100% de las familias de los pilotajes una visita familiar al año a partir del diseño programático y acciones de atención en salud intra y extramuros.
2. Equidad las visitas familiares son programas en orden de prioridad para cada núcleo familiar a partir de riesgos encontrados, así como a través de la identificación de necesidades diferenciales para cada conjunto familiar y el desarrollo de acciones a partir de ello.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3. Eficacia del modelo a partir de la consecución de los objetivos planteados en el PFAS referidos a la detección de riesgos y enfermedades y la identificación de las potencialidades en prácticas de auto atención familiar.

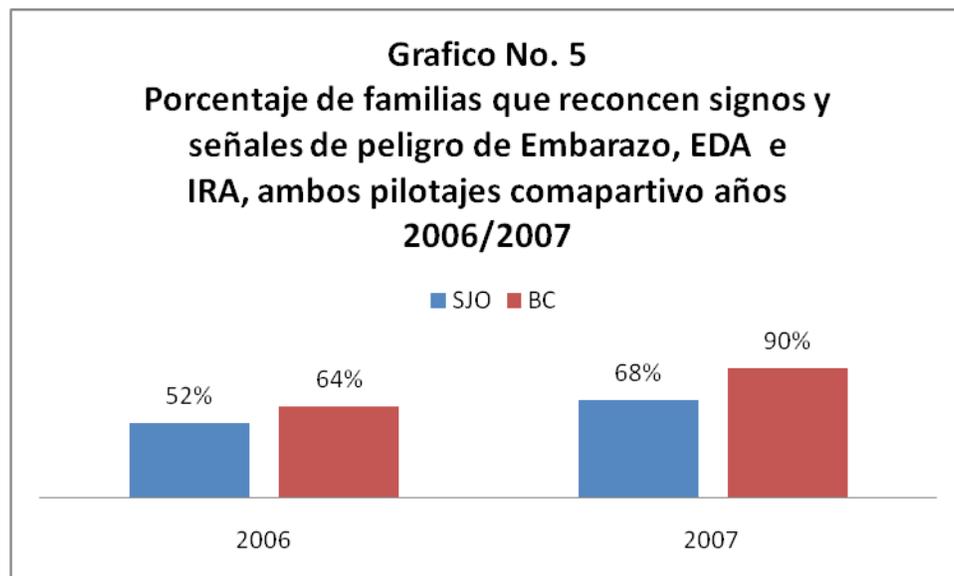
En cuanto a las visitas familiares del PFAS en general hay una percepción de las personas que participaron en los grupos focales como una actividad que requiere esfuerzo por parte de los ASC, por el hecho de tener largas caminatas para llegar hacia los hogares. Al respecto señalaron lo siguiente: *“Nos dan mucha información sobre higiene, cómo usar las medicinas, nos han dado pláticas de cómo mejorar el sistema de alimentación, a mí me han orientado mucho a nivel familiar y a nivel social. Estoy agradecido con ellas porque me han visitado varias veces”* (Grupo focal de Padres en Agua Blanca SJO)

PFAS en el dialogo entre padre y madre se aborda el trabajo de las ASC *“Mi esposa siempre viene a capacitaciones (la esposa es terapeuta) ella dice, que aquí orientan mucho, también solucionan problemas (se refiere a problemas psicosociales) porque dice mi esposa, que los que trabajan en la CSC se reúnen, platican y orientan a la persona para poder solucionar su problema”* (Grupo focal de Padres en Agua Blanca SJO)

En estos comentarios acerca del PFAS también se refleja el atributo de integralidad, puesto que en las visitas se reconoce el abordaje de las otras dimensiones como la psicológica y en el atributo de satisfacción se identifica la orientación que reciben las personas en las consejerías y en las capacitaciones.

Porcentaje de familias con reconocimiento de señales de peligro de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y embarazo.

El porcentaje de familias que reconocen las señales de peligro de enfermedad diarreica (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) y embarazo para el año 2007 y la comparación con el año 2006 se pueden observar en el siguiente gráfico



Fuente: ASIS 2007.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que las capacidades de las familias de ambos pilotajes para reconocer signos y señales de peligro de enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas y embarazo se han incrementado en ambos pilotajes.

La importancia sanitaria de este reconocimiento de signos y señales de peligro, radica en que tanto las infecciones respiratorias agudas como en enfermedades diarreicas agudas, se encuentran en las primeras 10 causas de morbilidad y mortalidad en el país, principalmente en la población menor de 5 años.

El reconocimiento oportuno facilita la búsqueda de servicios de salud de diferente complejidad por los tomadores de decisiones en las familias. Este reconocimiento en las embarazadas permite disminuir la mortalidad materna relacionada con la primera demora (falta de reconocimientos de señales de peligro) y es una de las intervenciones propuestas en el plan nacional de reducción de mortalidad materna 2004-2008.

En el MIS los resultados obtenidos en este indicador permiten observar los avances y contribuciones operativas de la perspectiva del derecho a la salud particularmente en el fortalecimiento de los procesos de autoatención familiar y auto responsabilidad de los/as ciudadanos/as. De igual manera los resultados alcanzados contribuyen al logro de los siguientes atributos del MIS:

1. Integralidad a partir de la atención continua y dirigida a los diferentes ámbitos o unidades de análisis acción, en este caso el familiar, con acciones continuas y extra muros.
2. Integralidad a partir de la implementación a de las acciones de promoción de la salud propuestas por el modelo y desarrolladas a través de las intervenciones de información e intercambio educacional en paralelo durante las visitas familiares.
3. Eficacia a partir del logro gerencial en términos de la consecución de los resultados esperados del programa familiar de salud.
4. Equidad a partir de la identificación de las necesidades de acciones de educación diferenciada para cada familia a partir de riesgos identificados.

Caso de la hija de Juana atendida en la CSC de San Miguelito

Este caso muestra la articulación de PIAS Y PFAS en el qué hacer del ASC.

Enferma: niña

Edad: año y medio

Lugar: Palá de la Boca CostaASC (Pascual) de CSC de San Miguelito; *“la semana pasada detectamos dos casos en la visita puntual de vacunación, allí se detectó dos niñas, a una niña se le detecto diarrea con deshidratación, otra con Neumonía, y por la noche la compañera Marta me llamó por teléfono porque tenemos la obligación de dar seguimiento a esos casos. Como 8:30 de la noche visite a la niña, (con diarrea) llegue y estaba deshidratada yo empecé a dar consejería, le explique que hay que darle suero oral para recuperar a la niña y vemos ahora que*

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

ya esta recuperada la niña” (ASC Pascual) (efectivamente allí estaba la niña, ya recuperada). El ASC cedió la palabra a la madre de la niña.

“Nos sentimos muy honrados por su presencia aquí, mi experiencia, desde que tuve a la nena en el feto, fui al control, al noveno mes me vinieron a ver aquí, tuvieron la comprensión de venir, nos están dando apoyo grande, cuando mi nena se enfermó, no se porque no tengo idea, y ya estaba bien desmayada cuando fui a la casa, yo estaba preocupada también Marta, me dijo que tenía que darle mucho liquido, y ella me preparó suero y me dijo que le diera rápido para que no se deshidrate mas. Yo le di y ella tomaba y tomaba y entonces vi que sus ojos estaban bien, porque sus ojos estaban hundidos, le di líquidos. Entonces Marta me dijo que no me preocupe porque Pascual llegaría a visitarme. Le conté a mi esposo y él dijo que era una ayuda bastante grande para nosotros porque de lo contrario podía morir la niña. Marta me aconsejó tal vez algo de suciedad agarro ella o es ojeado o de los parásitos que le hiciera remedios. Cuando Pascual llegó ya estaba mejor, Marta dijo que a lo mejor era ojeado, cuando llegue a mi casa le dije a mi suegra que le hiciera el ojeado y ella dijo que si tenía ojo. Ya estaba dando resultado pero aún con diarrea se le calmo un poco, y después le hizo remedios para los parásitos y le empezó hacer (efecto) y hasta hoy se esta recuperando. Y yo me siento contenta por el apoyo que nos dan, tanto la clínica Maxeña como Venancia también nos han dado platicas sobre plantas medicinales, sobre qué curan y si estamos teniendo muchas experiencia con ellos y nos sentimos muy felices con el trabajos que ellos hacen”. (Grupo focal de mujeres en Palá Boca Costa, Juana madre de la niña)

En este caso se visualiza el trabajo coordinado de los ASC y cómo articulan sus esfuerzos para la atención de un caso de diarrea. En este caso se cumple con los siguientes atributos:

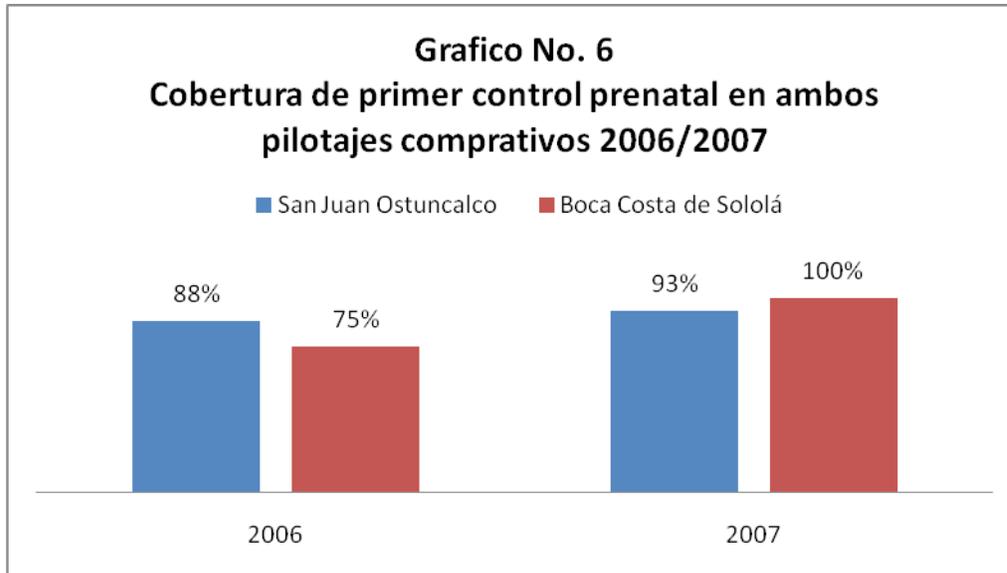
Satisfacción: La madre manifestó su satisfacción por la atención que ha recibido durante su embarazo y en la atención de su hija menor de dos años, tanto ella como su esposo consideran de suma importancia y de mucho apoyo el trabajo de los y las ASC.

Interculturalidad: En relación al reconocimiento de las enfermedades mayas populares, en éste caso se puede identificar que el ASC en definitiva no confirma la enfermedad sino solo sospecha y al final la enfermedad fue confirmada por la abuela que en este caso es curandera asimismo, ella realizó el tratamiento al respecto.

Tecnología apropiada: En el tratamiento de la paciente se hizo uso de los recursos de la CSC por recomendación de él y la ASC y de los recursos que utilizó la terapeuta para la curación del ojeado, de esta manera se confirma la articulación de matrices socioculturales en la atención y tratamiento de una enfermedad.

Cobertura de primer control prenatal:

La cobertura de primer control prenatal para el año 2007 se puede observar en el siguiente grafico.



Fuente: ASIS 2007

Los resultados obtenidos permiten afirmar que en ambos pilotajes se ha incrementado la cobertura del primer control prenatal.

Este indicador al igual que la vacunación con OPV, es utilizado por la OPS para medir la cobertura de atención de los servicios de salud. Guatemala reportaba en el boletín bianual "Genero, salud y desarrollo en las Américas indicadores básicos 2007" de la OPS una cobertura de primer control prenatal del 85%⁴⁵ cobertura superada en ambos pilotajes para el año 2007.

La meta propuesta por el MSPAS para embarazadas con primer control prenatal para el primer nivel de atención de acuerdo a los indicadores de la UAT es de 75%. Los resultados obtenidos en ambos pilotajes en el año 2007 superaron la meta institucional propuesta por la autoridad reguladora del país

Otra de las dimensiones a considerar en este indicador se refiere al acceso de las mujeres embarazadas a atención prenatal por personal calificado. Las ultimas tres encuestas materno infantiles que consigna el dato de atención pre natal por personal calificado (medico/a y/o enfermera/o) que corresponden a los años 1987,1995, 1998-1999 reportaron que el porcentaje atención prenatal por medico/a y /o enfermera/o fueron de 32.4%. 52.8% y 59%.⁴⁶ A partir de esos resultados se puede afirmar que el acceso a servicios por personal calificado para la atención prenatal en ambos pilotajes se ha incrementado y supera los promedios nacionales.

En el MIS el resultado de este indicador permite dar cuenta del avance en la perspectiva del Derecho a la salud entendido como el derecho a la atención en salud. Asimismo, los resultados alcanzados en este indicador contribuyen al logro de los siguientes atributos:

1. Integralidad entendida como la atención a servicios dirigida a los ámbitos familiares e individuales, a partir de la atención continúa intra y extramuros.

⁴⁵ Datos reportados año 2005

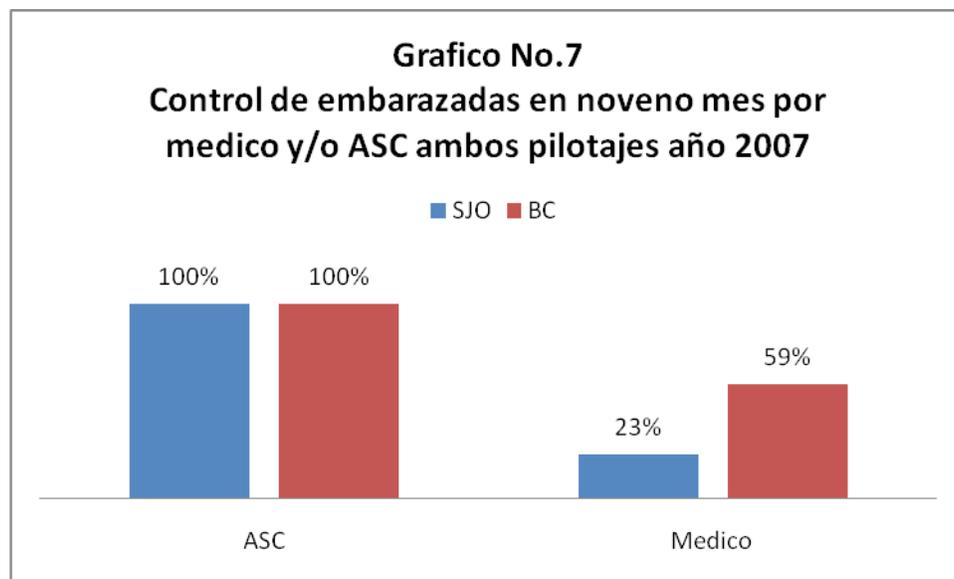
⁴⁶ Perfil de salud de mujeres y hombres en Guatemala, MSPAS, 2005.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Cobertura a partir del desarrollo de atenciones en salud dirigida a las mujeres
3. Eficacia a partir de la consecución de los objetivos planteados en cuanto a la prevención en el PIAS y el cumplimiento de estándares nacionales.
4. Calidad a partir del cumplimiento de las normas de atención sanitaria.

Porcentaje de control a mujer embarazada en noveno mes

La cobertura de control de mujer embarazada en noveno mes de gestación en ambos pilotajes durante año 2007 se pueden observar en la siguiente grafica.



Fuente: Visitas de campo y ASIS 2007

El MIS tiene como norma institucional la visita del 100% de familias de mujeres embarazada en noveno mes en sus viviendas por parte de los ASC desde el inicio de su pilotajes. A partir del año 2007 se normó la visita por medico/a encargado de PIAS.

Los resultados anteriores permiten afirmar que la norma de control de embarazada en noveno mes por ASC se ha alcanzado en ambos pilotajes. La visita por medico/a se corresponde a aquellos casos reportados por ASC como paciente de riesgo.

En el MIS el control de la mujer embarazada en noveno mes por personal competente tiene como objetivo identificar signos y señales de peligro así como asegurarse que el plan de emergencia familiar esta siendo considerado por la familia y las personas involucrada están convencidas el establecimiento de planes de emergencia familiar y asegurarse que el mismo esta siendo considerado por la familia y las personas tomadoras de decisiones estén convencidos del mismo.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Para el MIS los resultados de este indicador dan cuenta del avance de la perspectiva del derecho a la salud a partir de atenciones en salud de forma continuada, sistemática y extramuros.

Los resultados obtenidos en este indicador operacionaliza la perspectiva de género y atributo de equidad de género del MIS, principalmente porque el objetivo de la misma es la contribución a la reducción de la mortalidad materna a través de la identificación de signos y señales de peligro obstétrico.

En el caso de Boca Costa Sololá en el 2007 no se tuvieron muertes maternas en SJO, se mantuvo la misma cantidad de 2 muertes antes de 2006.

La mortalidad materna de acuerdo a OPS, es un indicador de disparidad y desigualdad existente entre hombre y mujeres, la magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios y económicos.⁴⁷

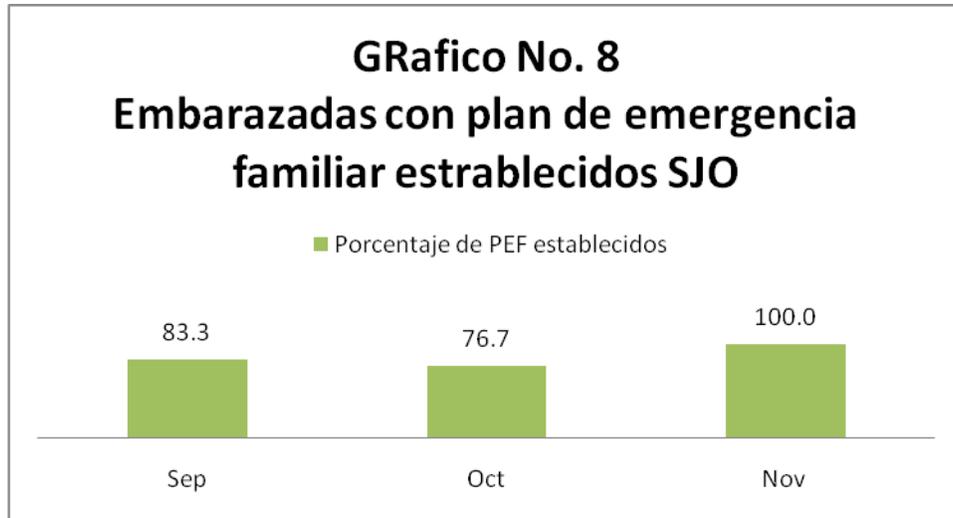
Asimismo los resultados alcanzados en este indicador contribuyen al logro de los siguientes atributos:

1. Equidad al dirigir esfuerzos especiales hacia quienes tienen mayores necesidades de atención y se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables y mayores riesgos de enfermar y morir.
2. Integralidad al dirigir atenciones de salud centrada en las personas y su entorno familiar. La visita en noveno mes presupone el conocimiento previo de la embarazada a través de los controles prenatales desarrollados en las casas de salud y a partir de las visitas familiares integrales.
3. Cobertura a partir del desarrollo de acciones de atención en salud a través de servicios continuos.
4. Eficacia a partir de la resolución de problemas de salud relacionados con el embarazo y parto así como la consecución de objetivos planteados. Se ha mantenido o reducido la muerte materna.
5. Calidad a partir de la adecuación del trabajo sanitario en los niveles individual y familiar
6. Satisfacción a partir de responder a las expectativas de la población cumpliendo la perspectiva de derecho a la salud y género.

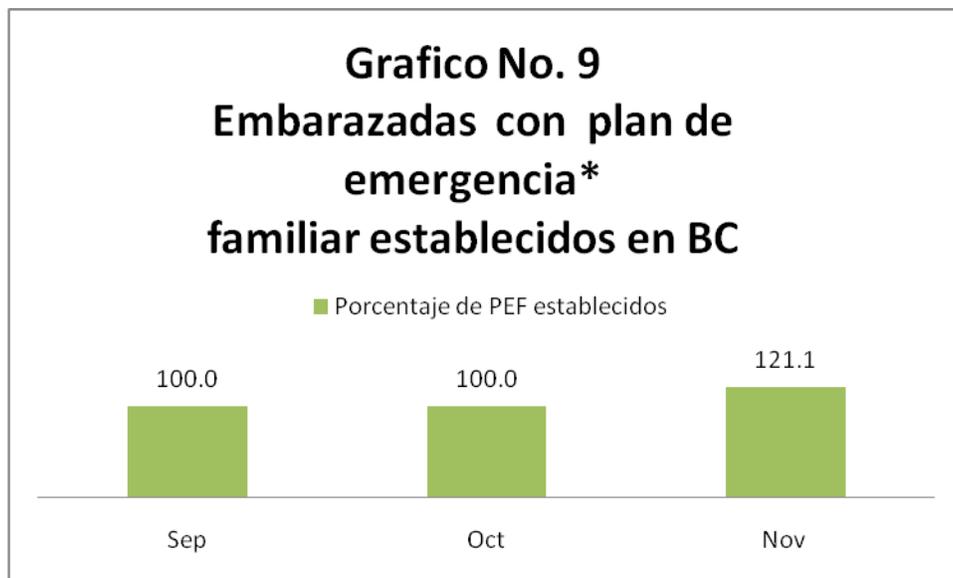
Porcentaje de familias con mujeres embarazadas que cuentan con plan de emergencia

Este indicador ha sido implementado a partir de septiembre del año 2007 los resultados del primer trimestre de monitoreo del mismo en ambos pilotajes se pueden observar en las graficas siguientes:

⁴⁷ Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008



Fuente: ASIS 2007



- En el caso de Boca Costa se han establecido planes de emergencia con población de consultantes embarazadas fuera del área de cobertura por lo que el porcentaje excede el 100%
- Fuente: ASIS 2007

La meta operativa de este indicador es lograr que el 100% de las embarazadas de los pilotajes cuenten con un plan de emergencia familiar en caso de signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Este indicador inicia su proceso de monitoreo a partir del mes de septiembre del año 2007. Los resultados encontrados durante este periodo de tiempo permiten observar mejores resultados en el pilotaje de Boca Costa, al lograr alcanzar la meta propuesta.

Los resultados de ambos pilotajes permiten afirmar que las mujeres embarazadas y sus familias están elaborando los planes de emergencia como resultado del reconocimiento de la utilidad que los mismos tienen al momento de presentarse una emergencia obstétrica, para garantizar el acceso a servicios de mayor complejidad.

El establecimiento de planes de emergencia para mujeres embarazadas dan cuenta del empoderamiento de las mujeres y sus familias en los procedimientos a seguir a partir del reconocimiento de signos y señales de peligro.

El establecimiento de planes de emergencia es una de las intervenciones de la estrategia nacional de reducción de la mortalidad materna y la operacionalización efectiva del mismo esta relacionada con la disminución de mortalidad materna por causa de la segunda demora⁴⁸.

Para el MIS los resultados de este indicador dan cuenta del avance de la perspectiva al derecho de la salud, al contribuir con:

- a. El fortalecimiento de las capacidades de autoatención en las familias,
- b. El ejercicio del derecho a la vida y a la salud de las mujeres a través de la búsqueda oportuna de atención en caso de emergencia.
- c. La cobertura de mujeres y familias fuera del área de cobertura con el establecimiento de planes de emergencia familiar.

Estos resultados alcanzados visibiliza el logro de los siguientes atributos del MIS:

1. Pertinencia intercultural en salud a partir de la adecuación personalizada en lo individual y familiar en la búsqueda de una relación equitativa que facilite la accesibilidad y utilización de los diferentes servicios de salud para resolución del parto.
2. Integralidad a partir de dirigir la atención hacia el ámbito familiar con acciones de prevención/promoción.
3. Eficacia a partir de la consecución de los objetivos planteados en cuanto a la promoción y prevención en los tres programas de salud
4. Tecnología apropiada a partir de la identificación de métodos y técnicas para la articulación de los ASC y familias para la concreción de los planes de emergencia familiares.

6.1.2 Interculturalidad:

⁴⁸ La segunda demora esta referida al apoyar la toma de decisión para búsqueda de ayuda. “Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008” MSPAS

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

En la elaboración teórica del MIS, se plantea como interculturalidad a la relación social que, teniendo bases económicas, políticas, ideológicas y culturales, avanza hacia el respeto la convivencia y el desarrollo humano desde la equidad y la diversidad. Implica la promoción sistemática y gradual desde el Estado y la sociedad civil de espacios y procesos de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva y dialogo. Asimismo en esta perspectiva se operacionaliza el atributo de pertinencia intercultural del MIS, entendida como:

1. La adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local,
2. La complementación-articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud comunitaria e institucional.

Para monitorear la adecuada implementación de esta perspectiva los indicadores⁴⁹ seleccionados son:

1. Porcentaje de impresiones clínicas de enfermedad maya popular
2. Porcentaje de referencias a terapeutas mayas. Durante las visitas de campo se pudo establecer que ocasionalmente la referencia tiene lugar a partir del terapeuta maya a la casa de salud, lamentablemente esta información no se registra dentro del sistema de información.
3. Vigilancia de enfermedades mayas populares

Estos indicadores son de carácter operativos u operacionales pues los mismos miden el trabajo realizado en función de la cantidad de actividades o procedimientos realizados en relación a metas o estándares previamente establecidos.

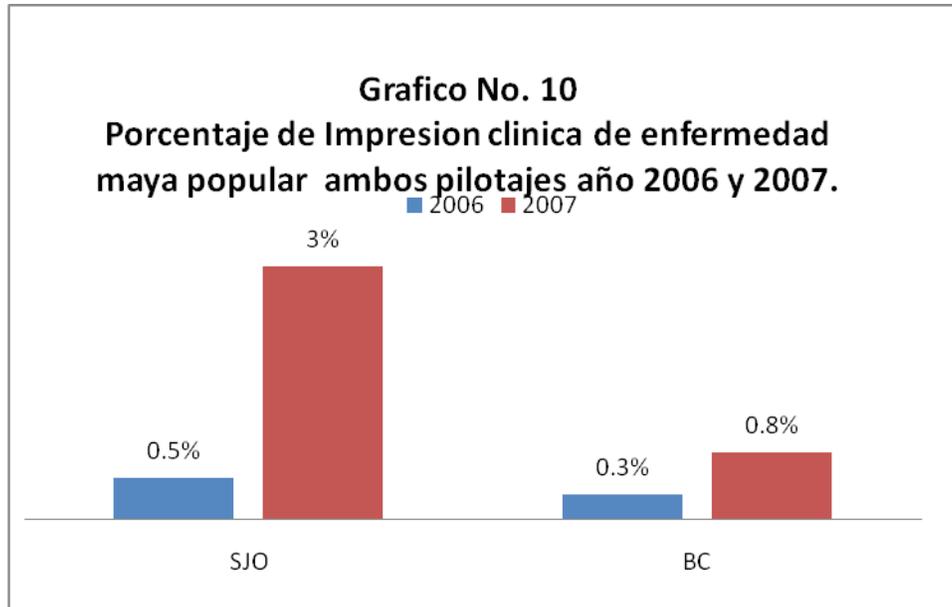
6.1.2.1 Resultados obtenidos de acuerdo a los indicadores de interculturalidad

Porcentaje de impresiones clínicas de enfermedades maya populares en el MIS

Los resultados de las impresiones clínicas de enfermedades maya populares detectadas en las casas de salud en ambos pilotajes se pueden observar en la gráfica siguiente:

⁴⁹ Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas evaluar logros y metas. La OPS los ha definido como variables que sirven para medir los cambios. OPS "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000" 1981

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Fuente: ASIS 2007

Los datos anteriores permiten afirmar que en el año 2007 en ambos pilotajes hay un incremento de impresiones clínicas de enfermedad maya popular con respecto al año 2006.

En el MIS se reconoce la percepción por parte del enfermo del origen de su patología, responden a otras dimensiones no sólo biológicas y psicológicas, sino que además incluyen las significativas y espirituales. Esta percepción incide en que se hará uso de los diferentes servicios de salud pertenecientes a los modelos existentes en su comunidad. **En el caso de las enfermedades maya populares, la población generalmente accede a otro tipo de servicio de lo cual se desprende la baja proporción de impresiones clínicas encontradas en los pilotajes de las mismas.**

A partir de varios estudios se ha demostrado que grupos étnicos y socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos distintos y perciben la enfermedad y actúan frente a ella de forma diferente⁵⁰.

Sanitariamente este reconocimiento permite a los equipos de salud comprender el comportamiento de sus pacientes, mejorar la calidad y aceptabilidad de los servicios, reconocer sus propios límites, mejorar la colaboración de los/as pacientes. Y ampliar el reconocimiento de la existencia de otros modelos de atención.⁵¹

“si, porque muchas veces si un niño tiene Ojo llega con un médico privado, él dice que tiene otra”
Los resultados obtenidos a partir de registrar las impresiones de enfermedad maya popular en los servicios institucionales permite conocer los avances de la perspectiva de interculturalidad y el atributo de pertinencia intercultural de la organización y los funcionarios. A partir de los resultados obtenidos se puede afirmar el reconocimiento de otras dimensiones de los procesos salud enfermedad por parte de los ASC, EAPAS y equipo conductor.

La percepción comunitaria acerca de este resultado se evidencia en el reconocimiento de otras matrices socioculturales en la CSC, para ello se da a conocer la siguiente percepción.

⁵⁰ Atención primaria de salud, principios y métodos

⁵¹ IDEM
Pregunta: ¿Qué piensan ustedes de que aquí en la CS se reconoce las enfermedades propias que se padece en la comunidad, por ejemplo el ojo, y la caída de la matriz?

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

“antes la señorita que salió trataba solo a la gente que podía hablar en español y a los otros que no podían hablar no nos tomaba en cuenta y yo miraba a la enfermera de Mazate ella nos atendía bien pero las otras que estuvieron solo a su gente atendía bien y a nosotros como indígenas nos dejaba atrás, pero gracias a Dios nosotras tuvimos un logro de entrar a nuestra gente en la CSC” (Grupo focal de madre en SJO)

Los resultados encontrados permiten afirmar que además de la pertinencia intercultural estos resultados visibilizan los siguientes atributos:

1. Integralidad al dar cuenta de la relación entre la patología y la percepción/afrentamiento del enfermo/a y su entorno familiar.
2. Calidad a partir de la comprensión, adecuación sociocultural, y pertinencia intercultural en el trabajo sanitario.
3. Satisfacción a partir de la pertinencia cultural de las atenciones sanitarias
4. Tecnología apropiada a partir de métodos y técnicas que facilitan la coordinación entre ASC, paciente y familia para la resolución de los problemas de salud.
5. Eficacia a partir de la contribución al resultado esperado del PIAS relacionado con la detección de problemas de salud de la persona, el reconocimiento del camino del enfermo el conocimiento de los modelos explicativos sobre éstos,

Se habla de la utilidad de las plantas medicinales y del nuevo conocimiento sobre las propiedades curativas.

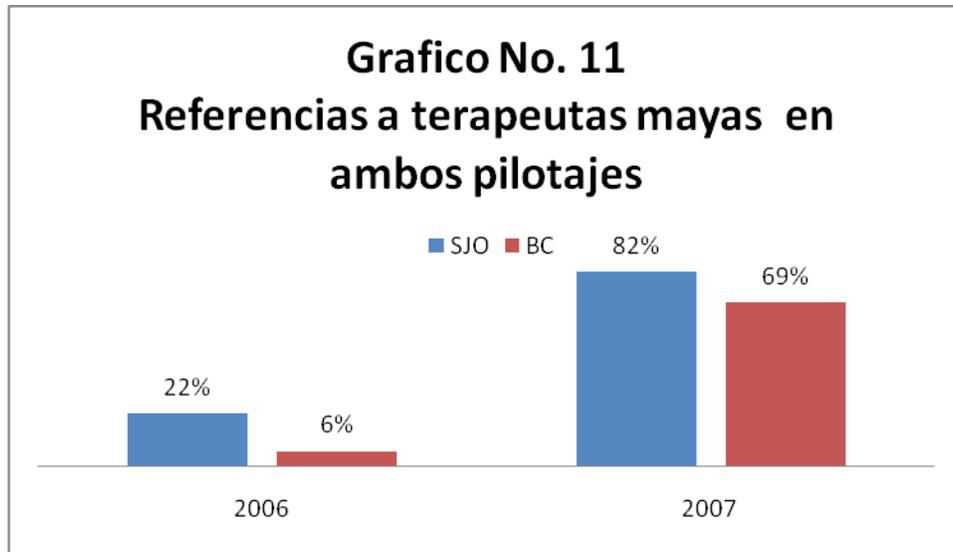
Con el uso de plantas medicinales se percibe lo siguiente *“estamos ahorrando dinero porque es de la naturaleza y es importante que nuestras esposas sepan eso que hay plantas que nos pueden ayudar mas” (Grupo focal de Padres en Agua Blanca SJO)*

“o sea que gracias pues a que vino pues la casa de salud pues las que trabajan aquí son mames y gracias a ellos que lo comparten y ellos trabajan lo medicamentos químicos y trabajan también tanto las plantas que son nuestros y de nuestros abuelos o nuestros antepasados” (Grupo focal mujeres de Nueva Concepción SJO)

Sobre el huerto de Plantas medicinales; tanto terapeutas como padres y madres de familia han reconocido el valor curativo de las plantas, algunos dieron a conocer sus propias experiencias de tratamiento que han experimentado a partir de las sugerencias de los y las ASC. Asimismo, dan a conocer que las plantas medicinales han sido parte del sistema curativo de los abuelos y abuelas pero que, con el pasar del tiempo las personas han adoptado por la medicalización. Agradecen porque el MIS esta reconociendo e impulsando un conocimiento propio.

Porcentaje de Referencia a terapeutas mayas de impresión clínica de enfermedad maya popular

Las referencias efectuadas por parte de los ASC de impresiones clínicas de enfermedad maya popular a terapeutas mayas durante los años 2006 y 2007 en ambos pilotajes se pueden observar en la siguiente gráfica.



Fuente: ASIS 2007

La meta esperada en el MIS con relación a la referencia a terapeutas mayas indica que el 100% de impresiones clínicas de enfermedad maya popular deben ser referidas. Los datos anteriores demuestran que la meta no ha podido ser alcanzada en ninguno de los dos pilotajes, aunque existe un incremento en el año 2007 comparado con el año 2006.

El cumplimiento de la meta propuesta se ve influido por factores externos y de la organización. Los factores externos identificados son:

1. La percepción el enfermo/a e y la decisión familiar e individual de la búsqueda de servicios del terapeuta maya popular.
2. La aceptación de la referencia a proveedor del modelo maya.

En el aspecto interno se ha identificado como causa principal la ausencia de registro de la referencia realizada por parte del ASC en los instrumentos del sistema de información. Ello es debido a que el personal progresivamente ha ido asumiendo con mayor compromiso este tipo de articulación entre modelos, aunque sean del pueblo mam los ASC, ha sido difícil hacer efectiva la norma y darle lugar al modelo maya popular.

Este indicador esta vinculado necesariamente con el reconocimiento y coordinación con proveedores y modelos de atención diferentes al biomédico en el primer nivel de atención.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Refleja asimismo la articulación con el conjunto de conocimientos y practicas existentes en el ámbito comunitario.

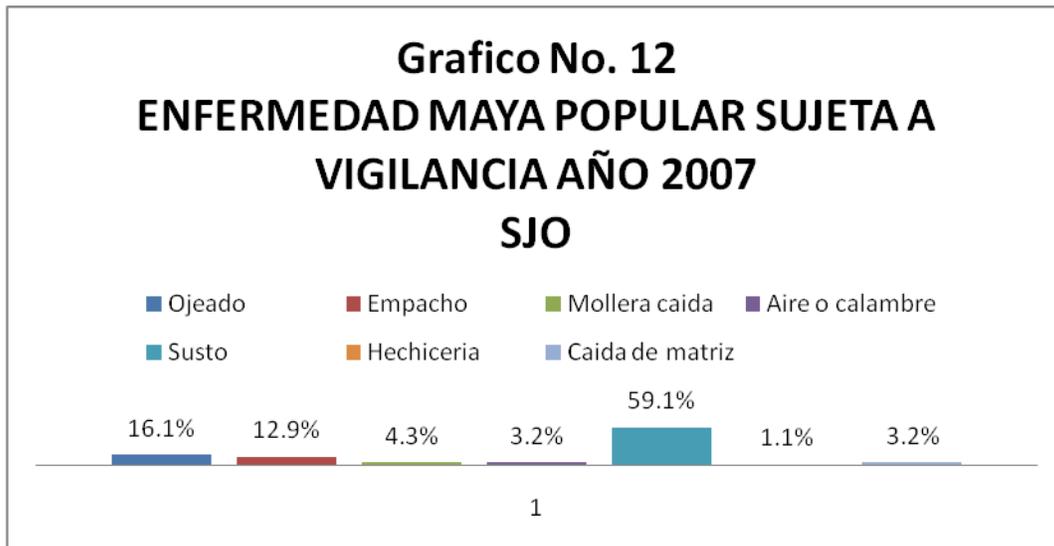
En el MIS la importancia de este indicador es dar cuenta de la aplicación de la perspectiva de interculturalidad y el atributo de pertinencia intercultural en el desempeño del ASC y en el diseño de los programas del MIS.

Los resultados encontrados permiten afirmar que además de la pertinencia intercultural estos resultados visibilizan los siguientes atributos:

1. Integralidad al reconocer explícitamente otras lógicas socioculturales de la percepción/afrentamiento del enfermo/a y su entorno familiar de los procesos salud-enfermedad, el reconocimiento de la existencia de otros proveedores y modelos de atención además del biomédico.
2. Calidad a partir de la comprensión, adecuación sociocultural, pertinencia intercultural en el trabajo sanitario.
3. Satisfacción a partir de la pertinencia cultural de las intervenciones sanitarias.
4. Tecnología apropiada a partir del desarrollo y aplicación de métodos y técnicas que facilitan la coordinación entre ASC, paciente, familia y terapeutas mayas.
5. Eficacia a partir de la contribución al resultado esperado del PIAS relacionado con la detección de problemas de salud de la persona y el conocimiento de los modelos explicativos sobre éstos, y las acciones de resolución. De igual forma permite dar cuenta de la implementación de la estrategia de coordinación en paralelo y la referencia a otros modelos.
6. Cobertura a partir del reconocimiento de la contribución del modelo maya a la atención de salud.
7. Equidad a partir del reconocimiento de necesidades diferenciadas de atención de las diferentes percepciones y dimensiones del proceso salud enfermedad.

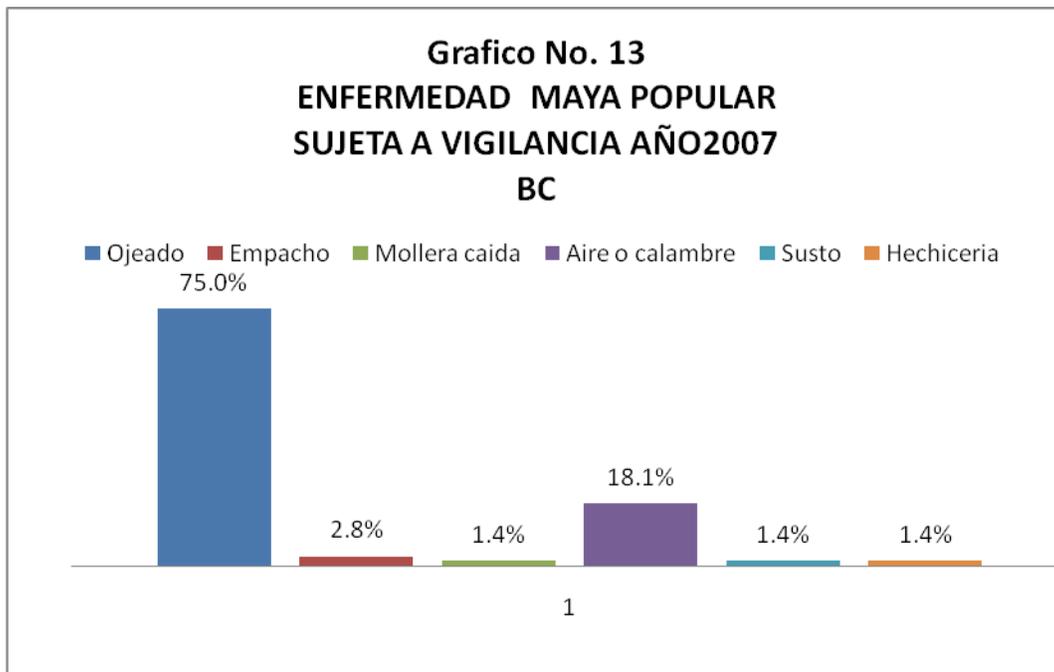
Vigilancia de enfermedades maya populares

En cuando a la vigilancia de las enfermedades maya populares en ambos pilotajes para el año 2007 pueden observarse en los siguientes gráficos



Fuente: ASIS 2007

COMENTARIO



Fuente: ASIS 2007

La utilidad sanitaria de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades maya popular radica en la asociación de alta letalidad o enfermedad grave con algunas impresiones clínicas o diagnóstico de enfermedad maya popular. Específicamente en las áreas cubiertas por los

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

pilotajes, un diagnóstico de hechicería o mal hecho, empíricamente se ha demostrado que se asocia con muerte inminente.

Los resultados obtenidos permiten dar cuenta de diferencias en los pilotajes con relación con el perfil de enfermedad maya popular. Esto está íntimamente relacionado con las percepciones y dimensiones de los enfermos/as y sus familias sobre los procesos de salud enfermedad vinculados con sus propios contextos.

Las principales diferencias se pueden observar en la proporción de enfermedades mayas populares presentes en ambos pilotajes. En SJO la enfermedad que constituye la primera causa de vigilancia maya popular está representada por el susto con un 52%; y, en la BC, la primera causa es el ojeado con un 75%. Otra de las diferencias la constituye la ausencia de caída de matriz en la vigilancia de enfermedad maya popular en el pilotaje de Boca Costa.

Para el MIS este indicador de vigilancia de enfermedades maya populares permite dar cuenta de la perspectiva de interculturalidad y el atributo de pertinencia intercultural al reconocer las dimensiones significativas-simbólicas y espiritual-energética de los procesos salud enfermedad por parte de los ASC, los EAPAS y el equipo conductor del MIS.

Estos comentarios que siguen dan cuenta de cómo las personas entienden y atienden su enfermedad, asimismo en las experiencias que se señala es evidente la asociación de las enfermedades mayas populares con letalidad.

“Es una enfermedad que mas da en el área rural, el ojo ha llevado a la muerte a muchos niños, porque se deja a que eso transcurra y se complica mas, o sea que los doctores no es de que ellos no sepan pero a veces muy poco creen, lo examinan y todo eso pero no sale como quien dice que es algo que no se ve solo se cree, pero ahí se complican las cosas porque los doctores le dan medicina contraria y es donde dañan a los niños pequeñitos, pero es importante que las compañeras que trabajan en esta casa de salud se den cuenta que es esto (se refiere al ojeado) porque a veces a muchos niños les ha quitado la vida” (Grupo focal de Padres en Agua Blanca SJO)

“Mucha gente ha llegado hasta la muerte, como es que un médico es diferente su estudio o no se y a veces que cae la medicina en contra del Ojo, el susto muchas veces la gente no se puede curar, un caso que pasó ahí en la costa de un patojo que le pegó el Ojo, ya estaba grande de cinco años, y el médico no le indicó que era Ojo y comenzó a atacarlo y a atacarlo con medicina y total que el niño se fue a la muerte porque no era esa medicina que le habían recetado se murió el niño” (Grupo focal de Padres en Agua Blanca SJO)

Los resultados encontrados permiten afirmar que además de la pertinencia intercultural, estos resultados visibilizan los siguientes atributos:

1. Integralidad al reconocer otras dimensiones de los procesos salud enfermedad a partir de las percepciones y el auto diagnóstico.
2. Calidad a partir de la comprensión, adecuación sociocultural, pertinencia intercultural en el trabajo sanitario.
3. Satisfacción a partir de la respuesta de los servicios de salud a las expectativas de la población cubierta basándose en la pertinencia cultural de las atenciones sanitarias.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

4. Tecnología apropiada a partir de métodos y técnicas que facilitan el desarrollo del registro y vigilancia sociocultural por parte de los ASC y EAPAS.
5. Eficacia a partir del cumplimiento de la normativa de la vigilancia socio cultural relacionada a las enfermedades maya populares.
6. Cobertura a partir de la vigilancia de enfermedades maya populares.
7. Equidad a partir del reconocimiento de necesidades diferenciadas de vigilancia epidemiológica de las diferentes dimensiones del proceso salud enfermedad.

6.1.3 Género:

A partir de la concepción incluyente en salud, y de que esta no tiene una dimensión individual sino colectiva la perspectiva de género del MIS parte de los siguientes enfoques:

- Enfoque Feminista: parte del reconocimiento de un sistema desigual de relaciones de poder entre hombres y mujeres.
- Enfoque Histórico: parte de que las relaciones de género deben ser historizadas y contextualizadas, para evitar visiones etno céntricas o esencialismos culturales.
- Enfoque Relacional: parte de considerar el género como una construcción y un sistema social de relaciones (entre hombres y mujeres) y no únicamente como la condición social de las mujeres.

Asimismo, el MIS propone como atributo la equidad de género en salud entendido como el avance en el conocimiento epidemiológico construcción integral de los masculino y femenino, identificar las potencialidades y vulnerabilidades específicas de género, el acceso a los servicios diferenciados para las necesidades de hombres y mujeres, tanto en el orden biológico como lo social.

Los indicadores utilizados para medir los avances de la perspectiva de género y la equidad de género, los indicadores seleccionados son:

1. Porcentaje de atención a mujeres por motivos no reproductivos
2. Porcentaje de atención a hombres mayores de 10 años
3. Razón de consultas varón/mujer (10 años en adelante)
4. Porcentaje de hombres que apoyan los planes de emergencia familiar de embarazadas

Estos indicadores son de carácter operativos u operacionales pues los mismos miden el trabajo realizado en función de la cantidad de actividades o procedimientos realizados en relación a metas o estándares previamente establecidos.

6.1.3.1 Resultados de los indicadores de la perspectiva de genero

Porcentaje de atención a mujeres por motivos no reproductivos

El porcentaje de mujeres atendidas en los pilotajes del MIS comparando los dos años de pilotaje se observan en el siguiente cuadro

VER COMENTARIOS DE Juan Carlos



Fuente: ASIS 2007

La meta propuesta por el MIS para la atención de mujeres por motivos no reproductivos es alcanzar un 80%. A partir de los resultados obtenidos permiten dar cuenta del avance de los pilotajes comparando los años 2006 y 2007. Así mismo se hace necesario señalar que a partir de la introducción en el año 2007 de la táctica operativa de visitas familiares priorizando mujeres embarazadas lo que influyó en los resultados obtenidos.

Sanitariamente la importancia de proveer servicios de salud a las mujeres de carácter no reproductivo, contribuye a lograr la integralidad de las intervenciones y ha disminuíd la desigualdad en el acceso a servicios de salud.

Los resultados obtenidos en este indicador dan cuenta de la perspectiva de género y el atributo de equidad de género a partir de la oferta sistemática de servicios de atención de salud por motivos no reproductivos. Permite asimismo visibilizar la aplicación de la perspectiva del Derecho a la salud a partir de contribuir al acceso de servicios de salud para la mujer en todos sus ciclos de vida.

Estos resultados contribuyen al logro de los siguientes atributos:

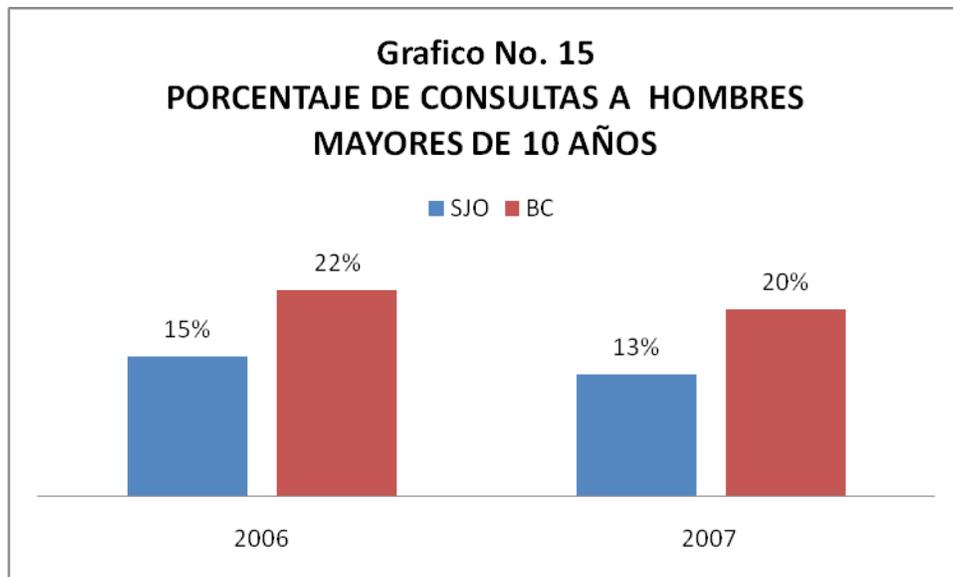
1. Integralidad a partir de no circunscribir los servicios de salud a las mujeres por servicios reproductivos.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Equidad y cobertura a partir de construir la visión dominante de la focalización de los servicios hacia el grupo materno infantil.
3. Eficacia a partir de del cumplimiento de los objetivos planteados en los diferentes programas de atención relacionados a género.
4. Satisfacción al responder a las expectativas de la población cubierta basándose en la perspectiva de género.

Porcentaje de atención a hombres mayores de 10 años

La cobertura de servicios a hombres mayores de 10 años en ambos pilotajes comparando los años 2006 y 2007 pueden observarse en el gráfico siguiente:



Fuente: ASIS 2007

A partir de la implementación de los tres programas del MIS se han desarrollado procesos sistemáticos de oferta de servicios para los hombres mayores de 10 años para contribuir al alcance de la perspectiva de género, del Derecho a la salud y los atributos de equidad de género en salud e integralidad.

Los resultados reflejan una disminución en el número de consultas para el año 2007 comparado con el año 2006. El número de consultas fluctúan principalmente por los procesos de migración interna y externa vinculados a los procesos productivos.

En el pilotaje de Boca Costa, la actualización del censo 2007 permite observar:

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

1. Disminución de población masculina del rango de edad de 50 a 59 años en el año 2007 comparativamente a la población del año 2006. (2006 registra una población de 330 hombres y el año 2007 247 hombres) en el pilotaje de Boca Costa.
2. Disminución de familias en la conformación de las comunidades de San Juan Ostuncalco (2006= 1306 familias 2007=1257 familias)

VER PAG. 98

Las casas de salud comunitaria siguen siendo un espacio común para mujeres y niños menores de cinco años no obstante, tanto hombres y mujeres de los grupos focales reconocen que todas las personas se enferman sin embargo, los hombres son los que menos acuden al servicio sólo si ya son adultos mayores. Al respecto dieron a conocer lo siguiente:

“Los hombres somos negativos no visitamos por falta de tiempo o no creemos en las enfermeras, hay hombres que prefieren ir a otro lado y no en la CSC” “algunos visitamos otros no, vienen mas nuestra esposas” (Grupo focal hombres SJO)

“aquí cuando se abrió la casa de salud se hizo una invitación especial a todas las personas que lo necesitan, pero es voluntad de cada quien que viene o no y el que cree en su dinero a nadie se les puede quitar el derecho de curarse donde crea” (Grupo focal hombres de Patzité Boca Costa)

Los hombres también se enferman pero no van a la casa de salud por vergüenza prefieren ir a las tiendas o farmacias del pueblo. (Grupo focal Mujeres Palá Boca Costa)

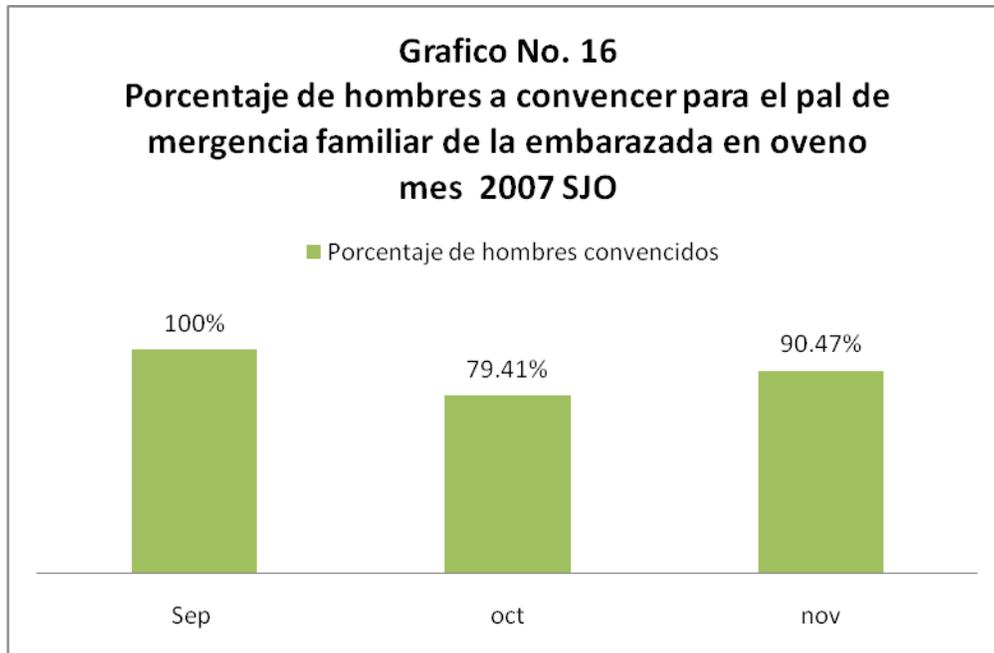
En el MIS los resultados de este indicador permite dar cuenta de la perspectiva de género y la equidad de género a partir de la provisión de servicios de salud dirigidas a los hombres. Adicional a estos resultados contribuyen al logro de la perspectiva de Derecho a la salud al no restringir la oferta de servicios al grupo materno infantil.

Estos resultados contribuyen al logro de los siguientes atributos:

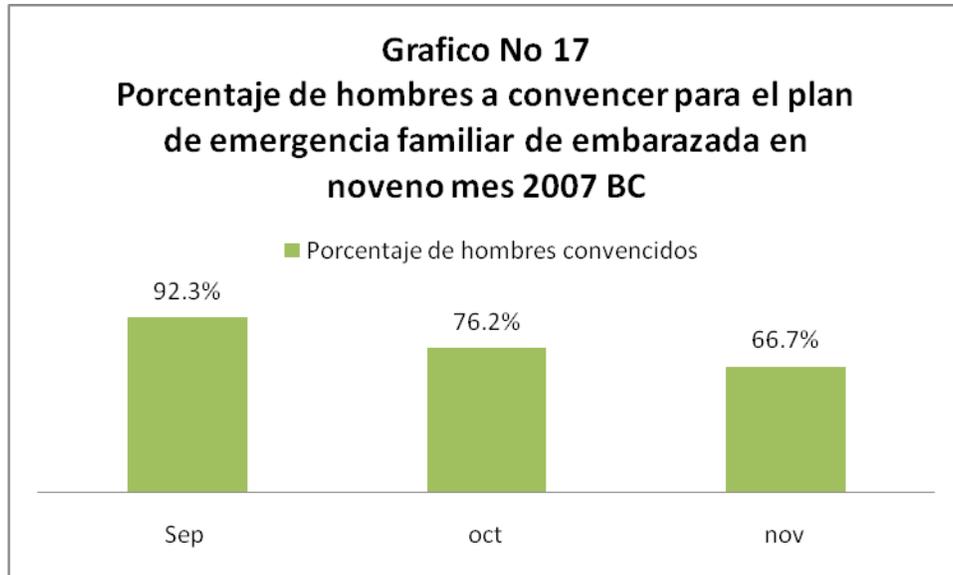
1. Cobertura a partir del desarrollo de programas y acciones de salud a través de servicios continuados de promoción, prevención y curación.
2. Equidad a partir de construir la visión dominante de la focalización de los servicios hacia el grupo materno infantil.
3. Integralidad a partir de la oferta de servicios de salud en la promoción, prevención curación y rehabilitación en los tres programas de atención al MIS para hombres.
4. Eficacia al contribuir con las metas de propuestas en las programaciones de los pilotajes.
5. Satisfacción a partir del cumplimiento de las perspectivas de género y derecho a la salud en la organización de la respuesta institucional a la población cubierta.

Porcentaje de hombres que apoyan el plan de emergencia familiar

El porcentaje de hombres a convencer en el plan de emergencia por pilotaje en el primer trimestre de monitoreo se puede observar en los gráficos siguientes



Fuente: ASIS 2007



Fuente: ASIS 2007

La meta establecida para este indicador es lograr que el 100% de hombres de las familias con embarazadas en noveno mes estén convencidos de la utilidad del plan de emergencia y se pueda ejecutar en caso de identificación de signos y señales de peligro.

Este indicador se monitorea en ambos pilotajes a partir del mes de septiembre del año 2007, el mismo al inicio no contó con rigurosidad necesaria. A partir del mes de octubre implementa la verificación del dato consignado como hombres convencidos. Los resultados más próximos a la meta propuesta se obtienen en el pilotaje de San Juan Ostuncalco.

Los pilotajes presentan variaciones en los resultados obtenidos vinculados principalmente a los diferentes contextos donde se desarrollan las acciones y a las particularidades de los conjuntos familiares.

Los resultados alcanzados a la fecha permiten acreditar los esfuerzos realizados por los diferentes equipos de salud del MIS para sensibilizar a los hombres de las familias con mujeres embarazadas los beneficios de facilitar el traslado a servicios de mayor complejidad en caso de presentarse signos y señales de peligro.

La razón fundamental del trabajo con hombres radica en la estructura patriarcal prevaleciente que los constituye como los principales tomadores de decisiones y en la práctica son ellos quienes finalmente facilitan o entorpecen la adecuada ejecución del plan de emergencia familiar.

Sanitariamente una de las intervenciones que ha mostrado más eficacia para el logro de la reducción de la mortalidad materna, es el empoderamiento de las mujeres, sus familias y comunidades que permite con información adecuada tomar decisiones para su salud y supervivencia⁵² y por consiguiente le permite ejecutar los derechos humanos relativos a la salud y la vida al seguir los procedimientos establecidos a nivel familiar mediante el plan de emergencia familiar.

⁵² Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008 MSPAS.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

En el MIS este indicador permite dar cuenta de la perspectiva de género y el atributo de equidad de género a partir de desarrollar acciones que dan cuenta del reconocimiento del orden sociocultural y la organización social patriarcal prevaecientes en las comunidades objeto del pilotaje. A partir de este reconocimiento se desarrollan acciones tendientes a la sensibilización de los hombres para el fortalecimiento de relaciones mas equitativas que permitan a las mujeres ejercer su derecho a la salud mediante el acceso a servicios de mayor complejidad para la resolución de las emergencias obstétricas.

Los resultados alcanzados contribuyen al logro de los siguientes atributos

1. Eficacia al contribuir con el convencimiento de los hombres a la ejecución de los planes de emergencia familiar en caso sea necesario.
2. Pertinencia intercultural a partir de la adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local.
3. Integralidad a partir del desarrollo de acciones intervenciones de educación horizontal de acuerdo a las lógicas socioculturales
4. Equidad a partir del fortalecimiento de la toma de decisiones asertivas y mediación de las relaciones intrafamiliares.
5. Tecnología apropiada a partir del desarrollo de técnicas que permitan la coordinación de los ASC, mujeres embarazadas y hombres para la adecuada ejecución del plan de emergencia familiar.

6.2 Resultados en relación a los atributos del MIS

En le siguiente cuadro se destaca el avance y el cumplimiento de los atributos basados en la percepción de los actores que han formado parte de la experiencia del MIS así como de las personas que han sido beneficiadas.

Cuadro No. 18
Percepciones del avance y cumplimiento de los atributos del MIS

Atributos	Percepciones
<p>Equidad</p>	<p>Uno de los participantes señaló que los hombres sienten vergüenza de ir a la CSC porque es un espacio que ha sido frecuentado por mujeres, <i>“porque yo digo solo las mujeres se enferman, porque a mí, me ha tocado venir aquí por las enfermedades, por eso digo que no solo las mujeres se enferman porque en el mundo todos nos tenemos que enfermar.”</i>(Grupo focal de Padre en Patzité de la Boca Costa).</p> <p>Se preguntó a los y las ASC si la promoción para atención a hombres ha mejorado el acceso al servicio, al respecto indicaron lo siguiente. <i>“Solo llegan un 5 % de hombres. Pero igual en las visitas familiares en actividades en la comunidad promovimos”.</i></p> <p><i>Un día encontré a un señor solito en la casa y yo preguntaba por el bebe que le tocaba su vacuna y no me contestó, vi que estaba decaído, le pregunté que tiene, me dijo que tenía fiebre y me dijo” que ya 3 días que no sale al monte”.</i> (es decir que no sale a trabajar en el campo) <i>Le pregunté ¿por qué no ha ido a la CSC dijo?, “no es que me da vergüenza” otros hombres se burlan si me ven allí, pero le dije que él tiene derecho de ir, y me dijo, ¿a qué hora?, y el horario que exponen es en la tarde porque en las mañanas llegan las señoras, de igual forma las señoras como que no se sienten bien si hay hombres allí, se empiezan a reír y los hombres piensan que se ríen de ellos. Cabalmente llegó en la CSC.</i> (ASC mujer de la Boca Costa)</p>
<p>Cobertura</p>	<p><i>“Lo que es la casa de salud ha sido bastante importante para ellos para cubrir sus necesidades en salud, porque están atendiendo a mujeres, niños y hombres no están rechazando a ninguno y sobre que tienen corazón para atender esa gente entonces la ventaja de ellos (se refiere a los ASC) es como dice la señora, que antes cuando no se tenía la casa ellas tenían que caminar desde aquí hasta la aldea para ir a curarse en este caso a la aldea Xejuyup y ahora desde que está la casa ahora les queda mas cerca.</i> (Terapeuta de Patzité) en este comentario también se cumple con el atributo de satisfacción.</p> <p><i>Los otros asuntos buenos es por ejemplo la siembra de huertos, es una ventaja para la comunidad al mismo tiempo las jornadas de vacunación a perros, animales de granja pollos gallinas hasta gatos entonces ya es una seguridad para la comunidad porque no solo están atendiendo a las personas si no que están dando seguridad a todos los animales en este caso que existen en la comunidad.</i> (Terapeuta de Patzité con ayuda de traductor local) éste comentario también cumple con el atributo de integralidad.</p> <p><i>” yo las visito mucho porque yo tengo a mis nenes y a mi mamá y vengo con ellos y yo miro que no hay ninguna preferencia y los felicito también porque antes como dicen ellos habían pero solo español entonces ahora esta bien porque ellas saben mam esta bien no hay ninguna preferencia y atienden muy bien y como yo le digo las he visitado”</i> (Grupo focal madres Nueva Co acepción SJO). Este comentario también trata de los atributos de satisfacción y calidad.</p>
<p>Eficacia</p>	<p>Atributo de calidad y hay elementos de PIAS y PFAS.</p> <p><i>“A mi el beneficio, es la medicina que nos dan, es una confianza pues no solo al venir aquí prestan atención también han llegado allá con nosotros aunque esta un poco retirado han llegado de casa en casa”. “Prestan mucha atención cuando uno lo necesita, tienen paciencia, llegan de casa en casa llegan a buscar a los niños y ayudan a los desnutridos”</i> (Grupo focal hombres de Agua Blanca SJO)</p> <p><i>“asimismo, como expresó la señora es como una ventaja porque ahora el coordinar actividades es mas fácil de atender cualquier caso, que estando solo en la casa, y enfrentar alguna situación complicada en cambio coordinar actividades con ellos (se refiere al o la ASC) es mas factible resolver el caso que trabajar individualmente”.</i> (Terapeuta de Patzité con ayuda de traductor local)</p> <p style="text-align: right;">111</p> <p>El siguiente caso ilustra el resultado del plan de emergencia así como el qué hacer de los y las ASC cuando identifican un embarazo y su debido seguimiento.</p> <p>Visita de seguimiento en Chanchinjal zona 2</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

6.3 Resultados de los programas

Cuadro No 19
Resultados del Programa Individual de salud:

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de Verificación
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	<p>Las causas de morbilidad y mortalidad en las poblaciones de ambos pilotajes se han identificado y caracterizado de acuerdo a las categorías epidemiológicas de tiempo espacio y persona. Para la categoría persona los mismos se encuentran desagregados por sexo y ciclo de vida.</p> <p>A partir del registro del auto diagnóstico se identifican, las personas que apoyan, la terapéutica utilizadas , la vigilancia de las enfermedades maya populares se han identificado los modelos explicativos de los procesos salud enfermedad de los individuos y sus familias.</p> <p>Durante los procesos de consulta individual se desarrollan procesos de educación horizontal donde los ASC explican la forma y uso de la terapéutica indicada, ofertando sistemáticamente el uso de plantas medicinales de acuerdo a la norma vigente dentro del MIS.</p>	<p>Memoria de labores de los pilotajes.</p> <p>ASIS año 2007</p> <p>Ficha clínica</p> <p>Salas situacional de los sectores.</p>
Se han detectado riesgos de condiciones de vida, laborales y socio-culturales, que afectan a la persona, y se han fortalecido sus capacidades de	<p>Los riesgos individuales, familiares y ambientales del 100% de las familias de los pilotajes han sido detectados a partir de la vigilancia sistemática de riesgos.</p> <p>Hay una sinergia sobre los programas sobre el nivel de conocimiento que tienen los y las ASC sobre los riesgos y condicionantes de vida de las</p>	<p>Memoria de labores de ambos pilotajes.</p> <p>ASIS año 2007</p> <p>Ficha clínica y familiar</p> <p>Sala de situación de los sectores.</p>

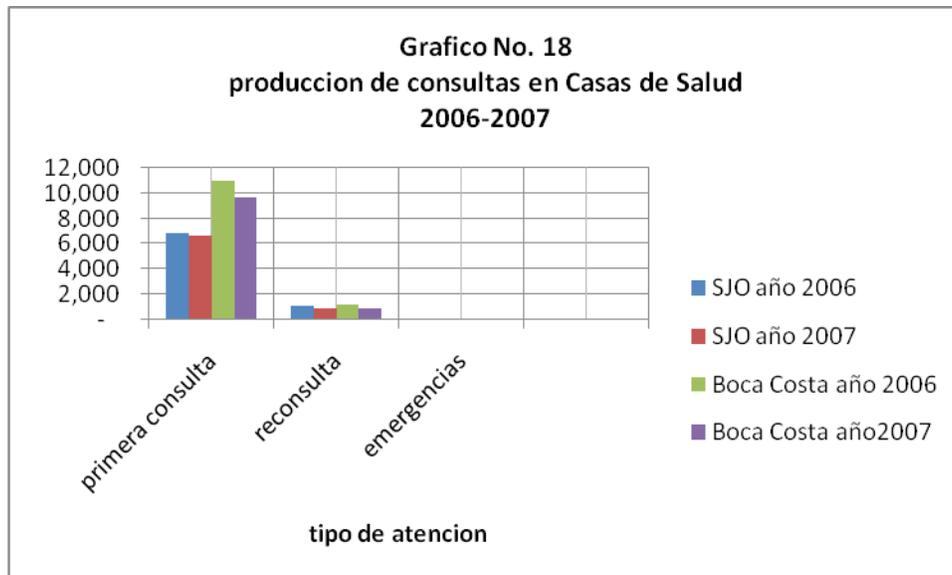
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de Verificación
autocuidado	personas y familias. Se ha fortalecido las capacidades de auto cuidado a partir del desarrollo de educación horizontal a partir de riesgos identificados.	
Se realizan referencias y contra referencias a niveles superiores de atención institucionales, así como a modelos de salud diferentes.	Referencias a niveles mayores de complejidad principalmente tercer nivel de atención. Referencias a terapeutas mayas	Memoria de labores ASIS año 2007

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Con relación a la producción de servicios de consulta individual durante los años 2006 y 2007 se han producido 38,479 consultas en las casas de salud, de la producción de consultas el 59% se han hecho efectivas en el pilotaje de Boca Costa de Sololá.

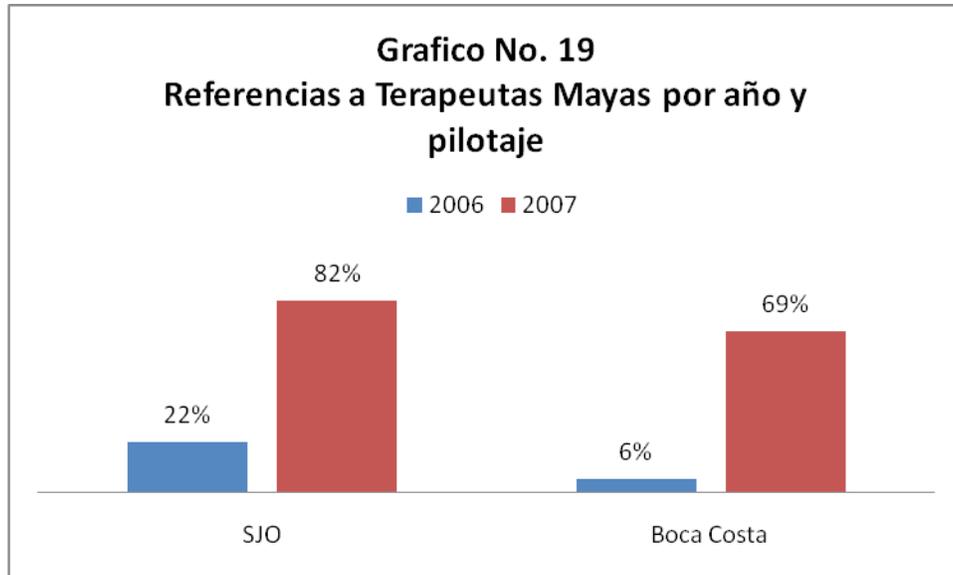
Del 100% de consultas el 53% corresponde a las atenciones brindadas durante el año 2006. Se observa una tendencia a la disminución de las consultas en las casas de salud a partir del fortalecimiento del programa familiar en el año 2007.



Fuente: ASIS 2007

Dentro de los resultados esperados con la implementación de MIS se encuentra la activación del sistema de referencia y contra referencia a otros modelos de salud, como parte del reconocimiento de la existencia y comprensión de los mismos. En la grafica siguiente da cuenta del incremento importante que han tenido en ambos pilotajes las referencias de las casas de salud comunitaria a los terapeutas mayas.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Fuente: ASIS 2007

Los resultados de éste programa están basados en la percepción de las personas que hacen uso del servicio se puede representar en los comentarios siguientes:

“La clínica nos ayuda, da pastilla para embarazada para los niños, la clínica nos ha dado apoyo a todos. Las que no quieren dicen “ha estamos vivas sin exámenes”. He visto con mis pacientes que van a control, ellas se ven bien y los niños nacen bien”. (Grupo Focal terapeuta de Palá, Boca Costa)

“La clínica nos ha dado mucho apoyo nos han capacitado, agradecemos el apoyo a clínica Maxeña, (se refieren al pilotaje de la Boca Costa) nos apoya mucho, con los niños que tienen fiebre, (k’aq, Wavnek) en idioma kiché significa ojeado. Clínica Maxeña nos ha apoyado, nos ha dado capacitación para cuidar a los niños. La articulación de la clínica Maxeña y terapeutas, se ve cuando a veces llegan niños muy desmayados y ella los cura (se refiere a la terapeuta) con los tratamientos que ha recibido de la clínica, ha habido ayuda mutua entre lo que ella sabe y lo que le han enseñado en la clínica. (Comentario de terapeuta en Pasaquijuyup Boca Costa con ayuda de traductor)

La gente confía de las recetas que ellas dan (se refiere a los y las ASC) tanto para niños hombres y mujeres todo eso hace a que se valore el trabajo, porque la relación es mutua hay confianza la señora quiere decir que no se ha rechazado a nadie (Grupo focal Terapeuta Pasaquijuyup, Boca Costa con ayuda de traductor)

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Cuadro No. 20
Resultados del PFAS

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
Caracterización socio culturales las unidades familiares	El 100% de las familias están caracterizadas de acuerdo a: Antecedentes médicos de los miembros de las familias Estado vacunal Acceso a servicios de salud por genero y ciclo de vida Condiciones laborales Condiciones de saneamiento básico agua, excretas y basura Mascotas y animales de corral Tipo y conformación de familias Migración interna y externa Enfermedades maya populares Participación en grupos u organizaciones de los miembros de las familias	Ficha familiar Sala situacional de las casa de salud ASIS año 2007
Detección de riesgos y enfermedades	Se han identificado en el 100% de las familias los riesgos individuales, familiares y de medio ambiente a partir de las visitas familiares y de acuerdo a los criterios de dispensarización	Ficha familiar Sala situacional de las casa de salud ASIS año 2007
Identificación de las potencialidades en prácticas de auto atención familiar	Se han identificado en el 100% de las familias las potencialidades de autoatención de las familias a partir del reconocimiento de sus percepciones y afrontamientos de los procesos salud-enfermedad, identificación de signos y señales de peligro, conocimientos practicas y actitudes	Ficha familiar Sala situacional de las casas de salud
Identificación de las enfermedades padecida	Se han identificado los perfiles de morbilidad y mortalidad del 100% de las familias de acuerdo al modelo biomédico y maya a partir de la visita	Ficha familiar Ficha individual sala

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
por los miembros de la familia	familiar y la consulta individual	situacional de las casas de salud
El desarrollo de mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis y disfunción familiar	A partir de la vigilancia de de riesgos efectuada durante la visita familiar se han identificado al 100% de familias con riesgos psicosociales. En las familias que ha solicitado apoyo se ha participado con intervenciones principalmente relacionado con abuso sexual, violencia intrafamiliar y alcoholismo	Ficha familiar Sala situación (vigilancia de casos especiales) Memoria de labores ASIS 2007
La promoción de la equidad en las relaciones intrafamiliares	A partir del establecimiento de planes de emergencia familiar, se promueve la participación de diferentes integrantes de la familia para la toma de decisión.	Planes de emergencia familiar
Mayor participación de sus integrantes en los espacios comunitarios	No se encontraron resultados concretos, únicamente percepciones de que se ha promovido la participación de los miembros de las familias en espacios comunitarios	

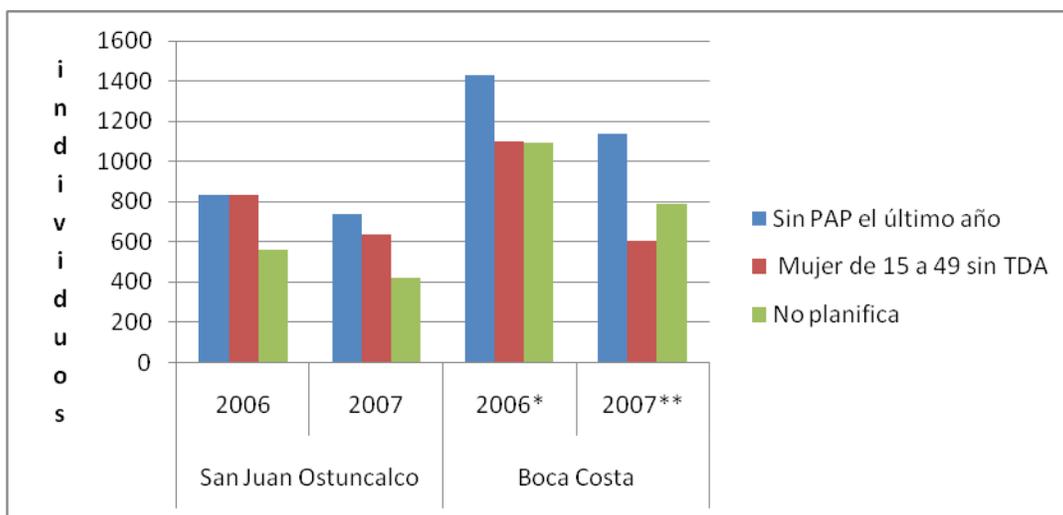
Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados de la detección de riesgos familiares y el fortalecimiento de las capacidades de autoatención se pueden ejemplificar a partir de los siguientes gráficos:

Disminución comparativa en el año 2007 de riesgos individuales identificados en las unidades familiares e incremento de cobertura de Papanicolaou en MEF, cobertura de TDA y el acceso a métodos de planificación familiar con relación al año 2006.

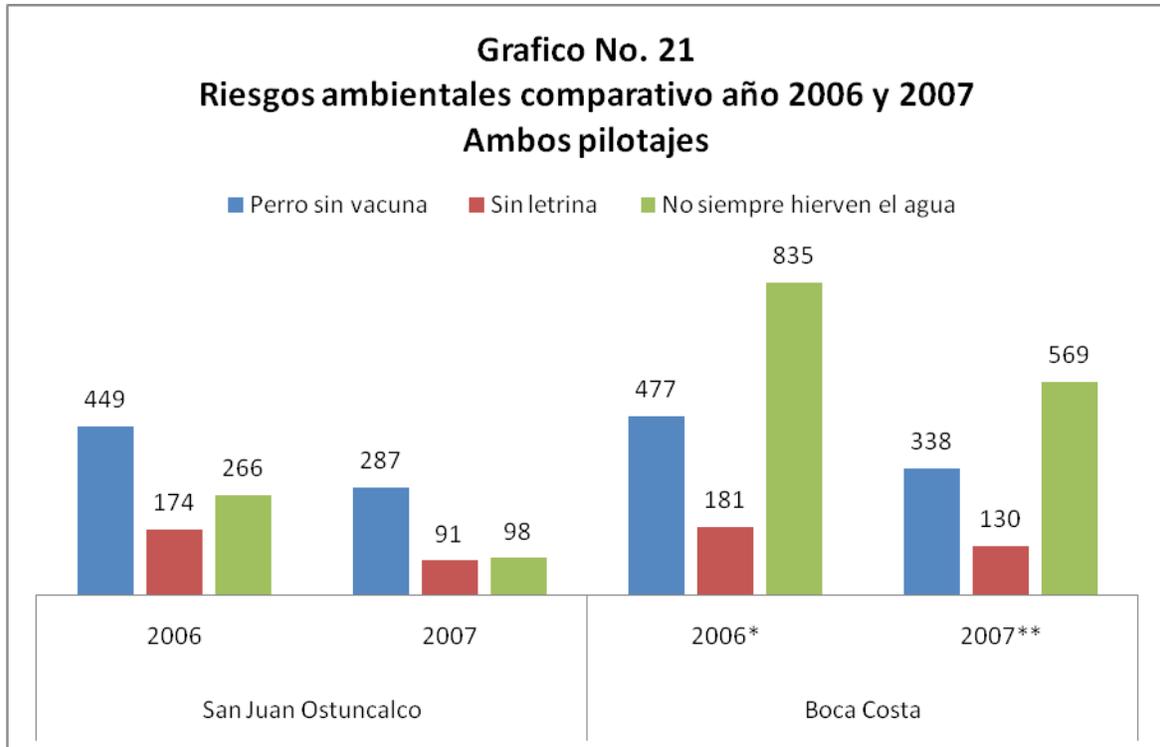
Grafico No 20

Riesgos individuales* comparativo año 2006 y 2007
Ambos pilotajes



Fuente base de datos de MIS. * Riesgos individuales en base a dispensarización

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Fuente base de datos de MIS. * Riesgos ambientales en base a dispensarización

Los resultados obtenidos permiten afirmar que las capacidades de las familias de ambos pilotajes para reconocer riesgos individuales y ambientales se han incrementado en ambos pilotajes. La educación horizontal desarrollada a partir de la identificación de riesgos, individuales, familiares y ambientales han permitido que los esfuerzos sean dirigidos a temas específicos

La importancia sanitaria de este reconocimiento facilita la búsqueda oportuna de servicios y las intervenciones intra domiciliaria para disminuirlos.

En el MIS los resultados obtenidos en este indicador permiten observar los avances y contribuciones operativas del programa familiar así como la perspectiva del derecho a la salud particularmente en el fortalecimiento de los procesos de autoatención familiar y auto responsabilidad de los/as ciudadanos/as.

El trabajo de campo, particularmente en SJO permitió acompañar algunas visitas familiares. En Chanchinel zona 1 de Tizate se visitó a una puérpera y recién nacido, se examinó a la madre, se examinó al niño y se pesó y talló. Posteriormente se procedió a llenar la ficha familiar en la cual la madre reconoció los signos de peligro en el recién nacido, la ASC enfatizó la lactancia materna como alimentación exclusiva en los primeros seis meses para el niño. Asimismo, hizo énfasis en la alimentación de la madre, cuya dieta debe incluir el consumo de hierbas ricas en hierro.

Los padres, madres y terapeutas que participaron en los grupos focales reconocen que la atención en salud no solo es para mujeres y niños, sino para todas las personas de la

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

comunidad. En Palá señalaron que hasta los animales son atendidos, haciendo referencia a la vacunación canina. En cuanto a la detección de riesgos señalaron: *“antes consumíamos suciedad, no nos cuidábamos pero ahora los de la casa de salud (se refieren a los ASC) nos dicen que cuidemos nuestra salud que comamos cosas limpias, a veces las familias encuentran muerte porque los niños consumen suciedad. Antes no tapábamos los alimentos de las moscas ahora sí”*. (Grupo focal hombres de Patzité Boca Costa)

En una visita integral en las Barrancas la madre dio a conocer que, *“las ASC cumplen con su trabajo, dan muchos consejos para la vida y para la salud, también indican la importancia de tratar la basura, pero ha señalado que los cambios no dependen sólo del conocimiento sino de la voluntad y actitud de cambio de las personas”*. (Interpretación de la traductora mam)

En cuando a la disminución de los riesgos que los y las ASC identifican en las visitas familiares, ellos han señalado: *“Allí también se identifican los riesgos a nivel, individual, familiar medio ambiente, por ejemplo en el familiar si encontramos un niño no vacunado nosotros damos consejería que se vacunen los niños y niñas, porque previene enfermedades, ejemplo en el programa de medio ambiente, identificamos si no clasifica la basura allí damos consejería a través de material didáctico, rotafolio, otro ejemplo si la señora no sabe los signos de peligro de un niño o niña allí también les damos consejería*. (Grupo focal ASC de la Boca Costa)

Tanto en los resultados cuantitativos como cualitativos que se extrae a través de la voz de los sujetos que han sido parte de la experiencia y de los beneficiados, se verifica el cumplimiento de los resultados esperados en el diseño programático así como también cumple con lo establecido en el marco conceptual del MIS.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Cuadro No. 21

Resultados del programa comunitario de salud

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
Identificar y comprender 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.	Coordinación interinstitucional e intersectorial con las siguientes organizaciones <ol style="list-style-type: none"> 1. ASECSA 2. Agencia española de cooperación internacional 3. Fondos en acción 4. Proyecto ECHO 5. Municipalidades de Nahuala, Santa Catarina Ixtahuacán y San Juan Ostuncalco 6. Intervida 7. Secretaria de obras sociales de la esposa del presidente 8. Clínica Maxeña 9. Desarrollo de infraestructura de las casas de salud con participación comunitaria Actividades interprogramática para comunidades de difícil acceso con	Memorias de labores de pilotajes

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
	<p>participación de los COCODES en las comunidades de:</p> <p>Boca Costa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pala 2. Chuatzan 3. Chuinimajuyup 4. Cicorral 5. Xecobaj <p>San Juan Ostuncalco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Los Pérez 7. Los Méndez 8. Las Granadillas <p>Implementación de procesos de Vigilancia nutricional en apoyo a la SOSEP, COCODES y ONG's.</p> <p>Desarrollo de proyectos de infraestructura sanitaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación y Gestión en coordinación con el MSPAS de 7 proyectos de letrinización, reparación de acueductos y disposición de basuras en comunidades de la BC. 2. Formulación y gestión del proyecto de mejoramiento y ampliación de 	

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
	<p>la red de servicios de agua en Las Barrancas SJO.</p> <p>3. Formulación y gestión del Proyecto de la perforación del pozo mecánico de Cruz de Ajpop SJO.</p> <p>4. Formulación y gestión del proyecto de ampliación del sistema de agua en El Tizate SJO.</p> <p>Vigilancia de la calidad de agua en las comunidades que comprenden los diferentes sectores:</p> <p>Boca Costa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Panquiney 2. Pasaquijuyup 3. Pasak 4. Pakib 5. Pala 6. Tzamabaj <p>San Juan Ostuncalco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Granadillas 2. Los Méndez 	

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
	<p>3. Tizate</p> <p>Implementación de proyectos productivos de carácter agrícola y pecuario en BC.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría técnica en implementación de proyecto de cerdos y pollo de engorde el sector C de Boca Costa. 2. Asesoría técnica y financiera en la implementación de cultivos de café en Palá y Patzabaj en coordinación con ASECSA y Fondos en acción. 3. Reforestación y hortalizas <p>Desarrollo de proyectos de infraestructura en vías de acceso en coordinación con COCODES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría técnica para la reparación y ampliación de carretera a Patzite 2. Elaboración de ante proyecto de mejoramiento de la carretera de Tzamabaj. 3. Gestión, asesoría técnica y financiera para reparación de carretera de acceso a Pala. 4. Gestión, asesoría técnica y financiera de mejoramiento de la carretera de acceso a Tzamabaj y Chicorral en BC. 5. Gestión, asesoría técnica y financiera el proyecto de agua y balastro en las comunidades de Chuinimajuyup y Tzamabaj en BC. 	

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
	<p>6. Gestión, asesoría técnica y financiera para el mejoramiento y ampliación de carretera de las Barrancas SJO.</p> <p>7. Gestión, asesoría técnica y financiera para la construcción de dos puentes, en Nueva Concepción y Cruz de Ajpop SJO.</p> <p>Desarrollo de proyectos de infraestructura educativa</p> <p>1. Apoyo en la construcción y equipamiento de la escuela de las Granadillas SJO.</p> <p>2. Construcción de la escuela de Los Agustines SJO.</p>	
<p>Caracterizar a la población a partir de la categoría de conjuntos socioculturales.</p>	<p>Familias , comunidades y sectores caracterizados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones laborales 2. Condiciones de vida 3. Condiciones culturales y étnicas 	<p>Censo Croquis Listado de jefes y miembros de familia Línea basal Sala situacional físicas de las casas de salud Fichas familiares</p>
<p>Análisis de situación periódica de salud a partir de los conjuntos socioculturales identificando riesgos y</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis semanal por parte del EAPAS 2. Análisis mensual desarrollado por los ECOS y el EAPAS responsables de sector 3. Análisis mensual por parte de coordinadores de pilotaje y equipo 	<p>Cronograma de pilotajes Programación anual de EAPAS y equipo conductor. Memorias de labores de los pilotajes</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
perfiles de morbi mortalidad sociocultural	conductor del proyecto. 4. Análisis de situación de salud anual por pilotaje	
Reconocimiento de los modelos explicativos sobre el perfil de morbi-mortalidad biomédica y específicas de otras culturas	Se han caracterizado los perfiles enfermedades maya populares de ambos sectores. En el 100 % de consultas se ha registrado el autodiagnóstico y el camino del enfermo.	Reportes de enfermedades socioculturales Reportes de morbilidad sociocultural y referencia a terapeutas Guías de abordajes Protocolo de vigilancia sociocultural de enfermedad maya popular Guía de atención a mayores de 5 años Salas física situacional de las casas de salud. Memorias de labores de pilotajes ASIS 2007
Implementación de vigilancia epidemiológica socio cultural a partir de riesgos priorizados en coordinación comunitaria e institucional	Implementación de las normas de vigilancia epidemiológicas del MSPAS Identificación de las enfermedades maya popular prevalentes a partir del registro del auto diagnostico en ficha clínica Caracterización de signos y síntomas de las enfermedades maya populares de manera conjunta con terapeutas mayas y a partir de bibliografía existente Identificación de enfermedades maya populares sujetas a vigilancia epidemiológica Normas de vigilancia epidemiológica para la vigilancia de las enfermedades maya populares elaboradas e implementadas	Documento Estadísticas de la enfermedad maya popular. Manual de Normas y procedimientos para la vigilancia sociocultural de enfermedades tradicionales y populares. Informes de mes de sectores

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
	<p>Sala situacional física implementada en cada casa de salud y coordinación de pilotaje</p> <p>Análisis semanal por parte de los EAPAS y coordinadores de pilotajes de las enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades maya populares y casos especiales.</p> <p>Análisis mensual de los EAPAS con ECOS de cada sector para el análisis de la sala situacional.</p> <p>Análisis de sala situacional comunitarias</p>	<p>Reporte de morbilidad sociocultural</p> <p>Reporte de referencia a terapeutas mayas</p> <p>Consolidados de seguimiento a embarazadas, puérperas y recién nacidos</p> <p>Consolidados de seguimiento a niños/as desnutridos</p> <p>Consolidado de seguimiento a personas con riesgos altos o signos de peligro</p> <p>Consolidado de seguimiento personas con enfermedades crónicas y casos especiales</p> <p>Registro mensual de nacimientos</p> <p>Registro mensual de defunciones</p> <p>Autopsias verbales de muertes en menores de 5 años</p> <p>Sala situacional física de las casas de salud</p> <p>Memoria de labores de ambos pilotajes</p> <p>ASIS año 2007</p>
Promoción	formas Coordinación en paralelo en terapeutas mayas	Informes de evaluación de

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Resultados esperados en el diseño programático	Resultados encontrados en la sistematización	Medios de verificación
organizativas vinculadas a la red de terapeutas mayas y comadronas.	Reuniones trimestrales con los terapeutas mayas. Encuentros anuales de terapeutas mayas cada pilotaje Sistema de referencia a terapeutas mayas implementado. Huertos de plantas medicinales implementados en las casas de salud. Reuniones mensuales por sector con comadronas	los sectores. Informes de reuniones con terapeutas mayas Memoria de labores de pilotajes Huertos de plantas medicinales de las casas de salud.
Se ha ejecutado estrategia de comunicación acorde a las prioridades definidas por la institución y en conjunto con los principales actores y organizaciones locales.	Reuniones periódicas con los COCODES a partir de necesidades identificadas Organización de la respuesta a partir de la emergencia de la tormenta tropical STAN Sensibilización sobre vacunación Sarampión/rubeola Integración de las COPEC	Informes de los pilotajes

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Este programa, ha tenido logros sustanciales en relación a las determinantes y condicionantes vistos en el cuadro anterior, en seguida se muestra la interpretación que se ha hecho sobre la percepción de los sujetos que han formado parte de la organización comunitaria así como de la relación con los terapeutas.

El presidente del Cocode de Tizate SJO, así como los padres y madres de familia que asistieron en los grupos focales han manifestado su agradecimiento por el trabajo que hacen los y las ASC en las CSC. Asimismo, porque se han percatado de la atención que han recibido los casos de emergencia, además perciben que con la intervención de las CSC hay menos enfermos y mueren menos niños y mujeres que antes.

En el grupo focal realizado en Nueva Concepción SJO, las terapeutas ha señalado la importancia de que las COPEC coordinen con las comadronas ya que son ellas las que atienden a los niños y mujeres embarazadas, población que requieren de mayor apoyo para los casos de emergencia. La organización de las COPEC, ha generado expectativas sobre todo en las comadronas mismas que han exigido formar parte en dicha organización.

En el trabajo de campo tuvimos la oportunidad de participar en una reunión con la COPEC de Tizate, participan de manera activa y han dado a conocer su disponibilidad de colaborar con los casos de emergencia, así también dieron a conocer su iniciativa de incidencia, que consiste en hacer un encuentro regional, es decir; una reunión de las COPEC organizadas y en funcionamiento en las comunidades de cobertura del pilotaje. Ya que consideran de importancia la elaboración de propuestas conjuntas hacia la municipalidad.

Las COPEC de la Boca Costa en su mayoría participan de manera activa, particularmente los de Patzité comentaron que han acompañado casos de emergencia en su comunidad, por lo tanto han trasladado a los pacientes al hospital de Mazatenango. A lo anterior se han visto en la necesidad de contar con un carné de respaldo, para que los pacientes sean atendidos de manera oportuna.

En cuanto a los y las terapeutas mayas, en el trabajo de campo se percibió que hay un ambiente de confianza entre los y las ASC y ellos y ellas. Se sienten parte de la casa de salud, señalaron que se apoyan mutuamente para resolver casos que ameritan emergencias.

Las terapeutas considera que la coordinación que han tenido con los y las ASC ha permitido la atención oportuna de casos especiales *“se salvan vidas, según las leyes es peligroso que mueran niños y mujeres, ya no tienen que morir eso nos han dicho”* (terapeuta de Pasaquijuyub Boca Costa con ayuda de traductor)

Resultados en Planificación Familiar:

Otro de los resultados relacionados con las prioridades del MSPAS principalmente en el programa de Salud reproductiva en el componente de planificación familiar lo constituye el incremento de usuarias de métodos de planificación familiar de las comunidades del distrito de Guineales Por ser la Clínica Maxeña una clínica parroquial el pilotaje de Boca Costa no provee de forma directa los métodos de Planificación familiar, a ese respecto la tarea principal de los ECOS en brindar consejería. De acuerdo a los registros del centro de salud el incremento puede observarse en el cuadro siguiente

Cuadro No. 22

Contribución porcentual del pilotaje de Boca Costa a la cobertura de planificación familiar en el Distrito de Guineales

Distrito Guineales	Total de Usuaris del Distrito	Número de Usuaris del pilotaje	% de usuarias provenientes del pilotaje
Usuaris 2006	263	60	22.8
Usuaris 2007	649	138	21.26

Fuente: Boletas de referencia, y libro de planificación familiar del Distrito de Guineales.

La directora del distrito municipal atribuye el aumento de usuarias de PF al proceso de consejería sistemático, en su mismo idioma, por personas de su misma cultura y brindada de forma continua, la decisión informada y creciente de mujeres del pilotaje de acceder a métodos de PF.

Resultados en la red de servicios:

De acuerdo a la entrevista sostenida con la Coordinadora municipal del distrito de Guineales, otro de los impactos o resultados del pilotaje ha sido la contención de pacientes de las comunidades cubiertas por el pilotaje hacia centro de salud. Antes del inicio de los pilotajes estas poblaciones solo tenían acceso a atención en el centro de salud Guineales los días de mercado, por la facilidad de transporte. De acuerdo a la referencia expresadas por la coordinadora, antes del inicio del pilotajes los días de mercado llegaban entre el 50 y 75% de pacientes que eran atendidos en el centro de salud, dichos pacientes eran originarios de las comunidades que cubre el pilotaje. En la actualidad el número de consultantes de los sectores el día de mercado es mínimo y en el resto de días de la semana es nulo. Las consultas recibidas en el centro de salud de esos sectores corresponden a referencias de las CSC.

Capítulo VII: Lecciones aprendidas:

7.1

Cuadro No. 23

Lecciones aprendidas de las Perspectivas y programas del MIS

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
Etapa de implementación	<p>El personal con experiencia de salud pública o en salud y con mayor perfil profesional, reduce su visión en la atención materno infantil, pero en el MIS se ha mejorado dicha visión a través del dialogo permanente, para el cambio de enfoque.</p> <p>Necesidad de constituir un equipo de conducción multidisciplinario, con convicción y experiencias diversas, ya que en el MIS lograron la aplicación de las perspectivas (se llevo la teoría a la acción). Dicho equipo fue capaz de traducir el marco teórico a experiencias concretas; metodología, estrategias, tácticas operativas hasta tener en el 2008 el MIS funcionando en dos contextos étnicos y territoriales distintos.</p> <p>El proceso del MIS ha sido de tensiones, generación de consenso, negociaciones y transacciones. Las tensiones generadas afecta el proceso sin embargo ha pesado más el aprendizaje para fortalecer el MIS. El diseño e implementación del modelo ha permitido armonizar y equilibrar las perspectivas.</p> <p>Se ha seleccionado bien a consultores, mismos que no han sido “radicales” con el tema que dominan. Se ha tratado que las personas que han trabajado en las perspectivas deban contextualizar.</p> <p>Se ha tenido claridad que las posturas radicales no permiten avanzar procesos, este modelo ha permitido la práctica.</p> <p>La selección de personal no ha sido por criterio académico sino por su desempeño.</p> <p><i>“Pasamos por varias etapas, lo que hicimos con EAPAS cuando hicimos censo y croquis en el sector, nos reunimos con comités,</i></p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
	<p><i>principales y pastores, les pedimos permiso, y como los pastores son líderes en la Iglesia, ellos les informaron a los miembros, y cuando llegábamos en las familias nos pasaban porque decían que ya estaban enterados por el pastor. Algunas familias no quisieron". ASC</i></p> <p>La coordinación con líderes mejora la relación con las personas de la comunidad.</p>
Aspectos organizativo	<p>La formación que ha recibido el personal sobre el derecho</p> <p><i>"Las actividades de formación continua deben ser diseñadas de tal manera que se establezcan objetivos de aprendizaje y salidas para el trabajo operativo, pues de otra manera se convierten en reuniones en las cuales se abordan "temas". Las salidas y compromisos operativos deben ser calendarizados con plazos para ser evaluados, como una forma de garantizar la aplicación práctica de la formación recibida". (Informe PFAS 2006:33)</i></p> <p>El poli funcionalismo y el trabajo en equipo permiten que el conocimiento y las condiciones mínimas de las perspectivas se apliquen.</p> <p>Intercultural: Equipo de pilotajes reconoce que era real el mundo de los terapeutas mayas populares puesto que se ha desvalorizado tal el trabajo de los y las terapeutas, que hasta los mismos ASC y EAPAS que en algunos casos son parte de las mismas comunidades y de la misma cultura, desconocían la existencia y el trabajo y conocimiento de los mismos.</p> <p>La implementación del MIS ha dado como aprendizaje que el principal obstáculo para trabajar las perspectivas y atributos son las percepciones de personas. El trabajo de mediación pedagógica, la conducción normativa, la asistencia técnica, la supervisión facilitante y el establecimiento de condiciones mínimas han permitido avanzar en los procesos.</p> <p>Deben desarrollarse procesos de homogenización de conocimientos previo a la implementación del modelo en los ECOS y en los EAPAS. El pilotaje del MIS desarrollo un proceso inicial de formación para los ASC, la experiencia indica que de igual forma debieron ser objeto de una formación inicial los EAPAS, principalmente porque estos equipos están integrado por personas de diferentes disciplinas y es este equipo el que desarrolla las funciones de monitoreo, supervisión evaluación asistencia técnica</p>
Perspectiva del derecho a la salud	<p>La consejería sobre el derecho a la salud ha generado tensión con la población principalmente por la interpretación del mismo. Se asume entonces, por parte de algunos pobladores que es su derecho exigir horarios de atención de 24 horas y días inhábiles en las Casas de Salud.</p> <p>El dominio del idioma local por parte de los ASC disminuye las barreras de comunicación lo que permite desarrollar de mejor forma las acciones de consejería e intercambio comunicacional. Asimismo facilita desarrollar procesos de comunicación sobre temas de cierta</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
	<p>complejidad, como las perspectivas en la salud.</p> <p>En el trabajo de campo se constató que en el discurso de la población se encuentra el derecho a la salud. Grupo focal de hombres Agua Blanca SJO y Patzité de la Boca Costa. Al respecto los ASC señalaron que algunos líderes en su inicio exigieron atención clínica en horas y días inhábiles. (en ambos pilotajes)</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
<p>Perspectiva género e interculturalidad</p>	<p>Tanto la perspectiva de género como la interculturalidad en el contexto guatemalteco, parte de que se trabaja con personas que generalmente tienen una posición conservadora al respecto, de tal manera que conlleva un esfuerzo sostenido por parte de la institución, para su comprensión, apropiación y aplicación por parte de los equipos.</p> <p>La forma más adecuada y coherente de trabajar las perspectivas es asumir las mismas, dentro de los componentes del ciclo administrativo. Por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ejemplo arrastra • La experiencia ha mostrado que para hacer viables dichas perspectivas el personal debe tener un proceso de apropiación de las mismas y para ello es fundamental generar las condiciones en el contexto institucional para que se de. • Si bien el MIS plantea aspectos de fondo a las perspectivas, los avances son parciales porque depende de procesos y posiciones personales diferentes que se van dando paulatinamente, aunque se establezcan normas específicas dentro de la organización <p>El RRHH a pesar de ser originarios o residir en los contextos locales, conocer o padecer en algún momento de enfermedad maya popular, no necesariamente asume públicamente o en el ámbito institucional, las otras matrices culturales y los diferentes modelos explicativos del proceso salud enfermedad.</p> <p>Género e interculturalidad son valores, y hay que desarrollarlos de forma orgánica en las instituciones a través de generar condiciones mínimas en el recurso humano y en el ciclo administrativo. (Proceso de conducción, planificación, monitoreo, vigilancia y evaluación). El establecimiento de comisiones fragmenta y parcializa los avances.</p> <p>El nivel de discriminación, la posición radical de diferentes corrientes religiosas y espirituales, complejiza la aplicación de la perspectiva de interculturalidad, al descalificar intervenciones producto de los diferentes modelos explicativos. Para optimizar la aplicación de la perspectiva y fortalecer el desempeño de los equipos se hace necesario hacer procesos de acción positiva.</p> <p>El modelo hegemónico predominante en el país y sus instituciones, la organización de la prestación de los servicios basado en el modelo de atención biomédico, dificulta la comprensión e implementación de formas diferentes de organizar los servicios a partir de modelos explicativos subordinados o alternativos.</p> <p>El Reconocer dentro de los diferentes instrumentos del MIS las enfermedades maya populares permite dar cuenta de las perspectivas y atributos del MIS.</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
PIAS	<p>La forma de viabilizar la aplicación de los aspectos normados y protocolizados es a partir de desarrollar procesos de capacitación en función de las competencias y desarrollar procesos supervisión y asistencia técnica a partir del análisis del desempeño de forma sistemática.</p> <p>La introducción de terapéutica de otros recursos alternativos crea tensiones entre los ASC y la población, principalmente por la medicalización, sin embargo, se percibió en los grupos focales de mujeres y comadronas que hay interés por conocer principalmente las propiedades curativas de las plantas medicinales. Las barreras no sólo son institucionales sino de la misma población, desde lo étnico, clase y religioso.</p> <p>Las CSC desarrollan estrategias y proceso sistemáticos de oferta de servicios dirigidos a los hombres. A pesar de ello no se alcanzan las coberturas propuestas principalmente porque los hombres se excluyen y consideran que los servicios de salud son para mujeres y niños/as.</p> <p>El nivel de conocimiento del estado del arte de los protocolos de atención del MSPAS es suficiente por lo que no se hace necesario desarrollar protocolos de atención diferentes. El esfuerzo debe estar dirigido a proveer los recursos humanos, materiales y mecanismos que faciliten su correcta aplicación.</p> <p>La inclusión de carácter ideológico y de valores (perspectivas y atributos) del MIS en los diferentes instrumentos de registro, normas de atención, vigilancia, monitoreo y evaluación han facilitado la aplicación en los pilotajes.</p> <p>Es importante la existencia de normas institucionales en relación a las perspectivas y atributos sin embargo, los diferentes niveles de comprensión, competencia y posicionamiento ideológico de los EAPAS Y ASC facilitan o dificultan la aplicación de las perspectivas y atributos. Por lo que los procesos sistemáticos y continuos de asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación promueven y fortalecen la aplicación de las mismas.</p> <p>La funcionalidad del sistema de referencia a diferentes modelos de atención en los pilotajes ha avanzado a partir de que la misma es asumida como una norma institucional de observancia obligatoria. En los inicios había discrecionalidad en efectuar la referencia y/o registrarla principalmente porque era considerado como parte del discurso. El establecimiento de la misma como indicador de cumplimientos y competencia formalizo la importancia de la misma.</p> <p>La formación y desempeño de los ASC de forma polifuncional ha permitido generar un mayor grado de conocimiento y apropiación del entorno familiar y comunitario de los pilotajes.</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
PFAS	<p>La participación del personal en la atención y resolución de casos concretos de Violencia Intra-familiar (VIF) y abuso sexual y los logros concretos en relación a éstos ha permitido los avances en el cambio de actitud del personal.</p> <p>Un equipo permanente que maneje una atención continua intra y extramuros es la plataforma que permite dar seguimiento a pacientes.</p> <p>Dada la importancia de ir adecuando la atención a los contextos locales, debe tener un proceso de construcción paulatina para considerar las dinámicas propias de los contextos.</p> <p>La integralidad y horizontalidad en las visitas familiares, no surgen de manera espontanea ni se logran en plazos cortos. Llegar al nivel óptimo requiere por parte de la organización, acompañamiento constante y asistencia técnica. De igual forma, la exitosa implementación requiere apertura por parte de las familias de las diferentes comunidades para la aceptación del servicio, implica ir generando espacio de confianza en las mismas a partir de un buen desempeño de la atención en la casa de salud, intercambio educacional y estrategias de comunicación.</p>
PCOS	<p>El aval y apoyo para la realización del croquis, censo y la línea al inicio de la implementación de los pilotajes, fueron negociados con las organizaciones comunitarias locales. Las posturas contrarias a proveer la información estuvieron vinculadas a experiencia previas con otras organizaciones que desarrollaron algunos de estos procesos sin devolver a la comunidad los resultados, incumplir compromisos adquiridos, y desconocer los fines y usos de la información. El devolver a las comunidades los resultados de sus censos y sus croquis una vez finalizados se convirtió en un elemento generador de confianza y canal de establecimiento de mejor comunicación entre COCODES, ECOS y EAPAS.</p> <p>Es conveniente minimizar los aportes de la comunidad para la generación de infraestructura de las casas de salud. En la medida que aumenta la dependencia a los recursos comunitarios para la construcción, se puede limitar el de carácter público de las casas de salud, debido a tensiones de carácter político, religioso y territorial principalmente. Asimismo, los grados de participación en el desarrollo de la infraestructura, pueden ocasionar que explícitamente o tácitamente se limite el acceso a los servicios de algún segmento de la población. La relación de los ASC con terapeutas de la comunidad es parte del reconocimiento de otras matrices culturales y modelos de atención. Esta relación fortalece y facilita el trabajo con las comunidades e incrementa el nivel de credibilidad del MIS y sus perspectivas.</p> <p>La coordinación con los líderes religiosos ha favorecido algunas actividades, en algunas comunidades de SJO, algunas familias rechazan las vacunas, en el 2006 con la campaña de vacunación nacional de la (SR) un pastor promovió la siguiente <i>información</i> “la vacuna era del anticristo que a los seis meses les iba a salir la seña de 666 porque en el carné viene la información de los santos de los últimos</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Perspectivas programas	LECCIONES APRENDIDAS
	<p><i>días.” (ASC mujer Tizate SJO). Ante ello los ASC informaron a un pastor sobre la importancia de la vacuna, él señaló que él estaba de acuerdo con las vacunas, en ocasiones, las personas no vacunan a sus hijos por capricho. Lo anterior también ocurrió en el distrito de Guineales de la Boca Costa de Sololá, la directora comentó que una mujer que había sido vacunada, regresó a reclamar por la vacuna que se le aplicó, asimismo daba a conocer que era la vacuna del anticristo, por lo tanto muchas personas dejaron de vacunarse.</i></p> <p>La poca información y la tergiversación de la información se tornan obstáculos para el cumplimiento de los objetivos sanitarios, de tal manera que es importante la relación con los líderes en este caso, religiosos.</p> <p>Actualmente las Barrancas tiene mas casos reuentes a vacunación, en este sector la religión influye en las decisiones, debido a que consideran que su percepción al proceso salud y enfermedad tiene que ver con su fe en Dios, en el sentido de que Dios impone la enfermedad por lo tanto la curación únicamente es por medio de la oración. En 2006 aumentó el número de casos reuentes debido que falleció un niño pos vacuna, y las personas de la comunidad asociaron la causa de muerte por la vacuna. Ante ello los y las ASC explicaron los efectos secundarios de la vacuna y han adoptado la estrategia de no vacunar a los niños que según las madres o responsables tengan una enfermedad.</p>
Intersectorialidad y promoción en salud	<p>Los procesos intersectoriales en muchas ocasiones rebasan las capacidades de los equipos comunitarios y EAPAS, principalmente porque los mismos trascienden los niveles locales. Por lo que se hace necesaria la participación del nivel conductor principalmente en los procesos de gestión técnica y financiera de muchos de los proyectos intersectoriales.</p> <p>La participación de la comunidad debe ser acotada a la competencia e interés comunitario, la promoción de la salud y la modificación de condicionantes y determinantes y la auditoria social. Los procesos de administración de servicios debe ser una tarea de carácter institucional.</p>

Claves para la operativización de un marco conceptual transdisciplinario y entre paradigmas de la salud

7.2.1 Las tácticas Operativas:

Al inicio de la implementación en los pilotajes cada uno de los programas se encontraba expresado como estrategias programáticas de acción, referido al ámbito de actuación de acuerdo a los niveles de análisis-acción en el campo de la salud propuestos durante la fase de elaboración de la propuesta. Si bien esto permitió el arranque inicial del pilotaje, la tarea posterior, la constituyo la formulación de tácticas operativas durante el año 2006 para mejorar la concreción e integración de los mismos.

Las tácticas operativas surgen de las lecciones aprendidas derivadas de los procesos de análisis del desempeño del POA 2006 y se constituyen en respuestas operativas para:

1. Mejorar el logro de mínimos en salud publica
2. Coordinar e integrar actividades de distintas programas aprovechando al máximo las oportunidades
3. Promover la integración e integralidad de los equipos
4. Formalizar y normar mecanismos y alternativas que surgieron en la practica de trabajo

La utilidad observada de las tácticas operativas es el fortalecimiento de las actividades de cada uno de los programas por parte de los ECOS, permiten establecer prioridades, favorecer el proceso de programación y control local.

7.2.2 Aplicación práctica de la perspectiva de género relacional

Dentro de la propuesta del MIS se reconocen que 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 principalmente para las mujeres.

El MIS plantea intervenciones en el primer nivel de atención diferenciadas para las mujeres y hombres y rompe la noción que restringe la salud de las mujeres al campo reproductivo, proponiendo una concepción de salud integral organizada por ciclos de vida y problemas no reproductivos.

La idea central de la perspectiva de género se centra en la atención integral e incluyente a hombres y mujeres según sus necesidades diferenciadas y ciclo de vida para ello se plantea:

1. El conocimiento-comprensión de las inequidades de género y sus consecuencias en salud.
2. Identificación e perfiles epidemiológicos socioculturales mediados por género.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3. Oferta sistemática de atención a salud de las mujeres en todos sus ciclos de vida sin restringirse a lo reproductivo.
4. Oferta sistemática de atención a salud de los hombres en todos los ciclos de vida haciendo efectivo su derecho a la salud.

7.2.3 Coordinación en paralelo: sinergia de las acciones interculturales

El MIS propone una adecuación progresiva de las intervenciones sanitarias a la cultura local con la perspectiva a desarrollar un proceso de complementación y articulación de los diferentes marcos conceptuales, prácticas en salud que existen tanto en el ámbito comunitario como institucional para lo cual plantea la estrategia de coordinación en paralelo con terapeutas mayas y comadronas.

La idea central de la coordinación en paralelo la constituye el concepto de coordinados pero no integrados en los mismos servicios, para ello se plantea:

1. El conocimiento-comprensión de otros modelos de salud
2. Identificación de perfiles epidemiológicos socioculturales
3. Adecuación personalizada, individual familiar y de conjuntos socio culturales.
4. Referencia y contra referencia
5. El intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud
6. Fortalecimiento a los cuidadores y terapeutas mayas

7.2.4 Implementación escalonada de programas:

La estrategia de implementación de los programas del MIS se materializo en forma escalonada es decir que cada uno de los diferentes programas inicio su intervenciones en periodos de tiempo diferentes.

La implementación dio inicio con el PIAS y consecutivamente se fueron implementando el PFAS y el PCOS. La apuesta en este planteamiento está referido en primer lugar a la necesidad permanente dentro de las comunidades de servicios curativos y preventivos y en segundo lugar sobre el supuesto de que esta atención cuando es de calidad y oportuna se convierte en el vehículo que permite establecer relaciones de mayor confianza entre las comunidades y los servicios institucionales que son fundamentales para el trabajo de promoción de la salud.

Capítulo VIII: Beneficios

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

8.1 Percepción del derecho a la salud por parte de los usuarios:

La percepción del derecho a la salud parece haberse incrementado por parte de la población debido a los siguientes hechos:

- La comunidad percibe que los servicios de salud es para todas las personas y no se rechaza a nadie. Aun se atienden a los perros y gatos lo que contribuye a su salud. (grupo focales)
- La comunidad percibe un ambiente de confianza por parte de los ASC dado que estos dan un buen trato y hablan el idioma local. (grupo focales)
- La comunidad percibe que la atención es de calidad dado que resuelven sus problemas de manera efectiva, por ello confían en las terapéuticas que se brinda por parte de los ASC en sus diferentes intervenciones familiares e individuales. (Grupo focal)
- La comunidad percibe la presencia y apoyo de los ASC en los temas de salud, por lo que se sienten acompañadas. (Grupo focal)
- En las comunidades de Boca Costa de Sololá se percibe la reducción de muertes maternas y de niños y niñas, por el trabajo de los ASC. (Grupo focal comadronas y mujeres)
- Las familias perciben que entienden que el beneficio que están recibiendo del MIS es un derecho a la salud por la consejería que los/las ASC brindan de manera continua durante las visitas familiares. (Grupo focal)
- Los hombres reconocen su responsabilidad en la conservación y recuperación de la salud de sus familias. (Grupo focal de Patzité)

8.2 Sostenibilidad en la atención

Se han fortalecido las capacidades locales de atención a través de la formación de recurso humano local, que permite la posibilidad de brindar servicios de salud a las personas independientemente de la relación laboral actualmente establecida.

8.3 Externalidades económicas:

Las externalidades económicas identificadas en éste estudio en el MIS son las siguientes:

Disminución del gasto de bolsillo en salud.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Los hombres han señalado que la CSC han sido de mucho beneficio porque han resuelto sus problemas de salud, en ocasiones no encuentran la medicina en sus casas y han acudido a la CSC y se ha aliviado con las medicinas que les han proporcionado. Asimismo, han señalado que se recibe buen trato en el servicio de salud.

Los comunitarios en general han señalado que las CSC ha sido accesible en lo económico; porque no gastan en medicina ni en pago de transporte para el traslado a un servicio de salud que se hacían antes. Acceso geográfico el servicio está en una comunidad cercana o en la misma comunidad. Es accesible culturalmente porque se habla en el idioma local, las personas sienten que se entiende y se atiende su enfermedad, esto se infiere a través de la satisfacción que manifiestan del servicio que han recibido. (Grupos focales)

Las personas reconocen el valor y la calidad del servicio de salud cuando en su discurso comparan la situación de cómo se entiende y se atiende su enfermedad en un antes y en el después que es el momento actual. Ahora se sienten satisfechas del trabajo que se hace en las CSC. (Grupos focales)

¿Ustedes han venido a consultar alguna enfermedad aquí en la CSC?

“Si, varias veces (han consultado en la CSC) nos han ayudado mucho porque el dinero que uno va a gastar con un médico particular, ya aquí nos ahorramos una buena cantidad, eso es lo que nos deja contentos, a las señoras también porque en los puestos de salud uno hace cola y le dan número y tiene que esperar 3 o 4 horas, también es escasa la medicina la mayoría nos dan receta y así la misma cosa nos daba porque nosotros tenemos que luchar para comprar las medicinas en cambio aquí no, ahora si hay medicina. (Grupo focal hombres de Agua Blanca SJO)

Desarrollo de proyectos de infraestructura vial, saneamiento básico, pecuario, forestal y educativo.

La generación de información precisa, confiable y actualizada a nivel de croquis, censo y ficha familiar que ha sido utilizado por las organizaciones y líderes comunitarios para la gestión de proyectos de diferente índole. Los equipos tanto de ECOS con EAPAS han participado incorporándose con las organizaciones comunitarias brindando asesoría técnica en la planificación, diseño, gestión y ejecución de los diversos proyectos.

8.5 Asistencia inmediata a desastres

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

El MIS ha favorecido la asistencia a las emergencias ocasionadas por desastres a partir de los siguientes mecanismos:

- Sistema de información preciso y oportuno además una estructura organizativa que facilita acciones inmediatas ante emergencias ocasionadas por desastres naturales. Una característica fundamental de esta estructura organizativa es poseer infraestructura y equipos locales.
- Favorecer el desarrollo de redes de apoyo locales que accionan durante los casos de emergencias ocasionadas por desastres.

Capítulo IX: Recomendaciones

El MIS es técnicamente factible y replicable en otras regiones del país. Sus normas técnicas están desarrolladas de acuerdo a la refuncionalización de la normativa vigente del MSPAS en los programas de atención, vigilancia epidemiológica, sistema de información por lo que no se establece controversia en materia de regulación con el MSPAS. Los tres programas en que se fundamenta el MIS no entran en contradicción con la estructura programática del MSPAS, sino más bien es una propuesta de integración programática operativa que facilita su ejecución generando atributos como la integralidad, eficiencia y eficacia de las intervenciones sanitarias.

9.1 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter técnico consiste en:

a) Conducción:

1. Mantener una estructura de carácter distrital que desarrolle los procesos de conducción y apoyo al primer nivel de atención, por lo que se tendría que analizar la forma de

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

adaptar la capacidad instalada de distritos a los requerimientos para la implementación del MIS.

2. Coordinar y articular en las áreas de salud los requerimientos del nivel central hacia el nivel operativo a través de procesos de asistencia técnica que favorezcan la inclusión integral de dichas acciones en los tres programas operativos.

b) Planificación y programación:

1. Desarrollar los procesos de planificación de forma participativa dentro de los niveles institucionales implicados en el proceso.
2. Incluir dentro del POA anual de los distritos las actividades y acciones de los tres programas del MIS.

c) Organización:

1. Mantener la organización del primer nivel de atención en base a sectores, equipos comunitarios de salud y casas comunitarias de salud de acuerdo a los criterios de asignación del MIS.
2. Desarrollar infraestructura específica para el trabajo en salud como condición básica para garantizar la calidad y la privacidad durante los procesos de atención y el logro de condiciones mínimas para el cumplimiento de la normativa como por ejemplo, la vigilancia en salud, el sistema de información y los procesos de intercambio educacional con diferentes grupos de la comunidad. Asimismo garantiza un centro de trabajo cercano a la comunidad que es la base del funcionamiento de los ECOS y garantiza la salvaguarda de los medicamentos, biológicos y los activos fijos necesarios para el desarrollo de los procesos de atención.
3. Establecer los equipos de apoyo al primer nivel de atención, en el nivel distrital y en número aproximado de uno por cada seis sectores para garantizar la calidad de los procesos que desarrollan.

d) Gestión del Recurso Humano:

1. Seleccionar personal local que hable el mismo idioma o pertenezca a lugares vecinos y asignarlos bajo los criterios definidos en el MIS.
2. Desarrollar los procesos de formación y capacitación permanente en tres niveles diferentes, la normativa, la técnica y la operativa en base a los resultados de los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

3. Mantener los perfiles de desempeño propuestos dentro del MIS, como herramienta para la selección del RRHH y desarrollar procesos de capacitación a los diferentes equipos de conducción, gestión y operativos, para el desarrollo de capacidades y el adecuado desempeño del trabajo poli funcional, inter programático, con enfoque de género e interculturalidad, característicos de este modelo.

e) Monitoreo supervisión y evaluación

1. Establecer procesos de supervisión administrativa de acuerdo a resultados, actividades y acciones programadas en el POA anual.
2. Mantener los procesos de supervisión técnica de forma sistemática aplicando la evaluación del desempeño con los instrumentos definidos para cada programa.

f) Sistema de Información:

1. Mantener parcialmente centralizado el proceso de registro y procesamiento de datos a través del digitador del EAPAS, ya que mejora la calidad del dato y evita la sobrecarga de trabajo de los ASC en los procesos de consolidación.
2. Garantizar en las áreas de salud un equipo responsable de la conducción técnica y de programación informática que monitoreen la calidad del dato, identifiquen debilidades y desarrollen acciones correctivas y de asistencia técnica.

9.2 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter comunitario consisten en:

Aplicar la ruta de inserción en la comunidad del MIS:

1. Comprender la diferencia entre el ámbito institucional y comunitario, entendiendo que este último tiene sus propias características, dinámicas e intereses que se deben articular y complementar cumpliendo los objetivos sanitarios y la agenda comunitaria.
2. Reconocer la existencia de la organización comunitaria y dar cuenta de sus intereses para que a partir de ello se inicie el dialogo y la participación en el MIS.
3. Partir de que la articulación y coordinación institucional-comunitaria es un proceso paulatino en que la comunidad debe participar cada vez más en la promoción y prevención, sabiendo diferenciar los aspectos técnicos administrativos institucionales.
4. Informar a los líderes y a la comunidad el contenido del proyecto y/o propuesta de intervención.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

5. Para el levantado de la información, censal, base de dato y croquis es importante informar a los líderes que el resultado puede ser de utilidad para ellos.
6. Devolver a las comunidades el censo y los croquis comunitarios.
7. Mantener comunicación constante y permanente con los líderes para garantizar su apoyo en todas las actividades principalmente en:
 - a) Desarrollar procesos de convocatoria para selección de ASC a niveles locales
 - b) Ubicación de las casa de salud comunitaria.
 - c) Organizar el trabajo comunitario para la construcción de las casas de salud comunitarias.
 - d) Participar en los procesos de educación horizontal con los jefes/as de familia renuentes.
 - e) Participar en la organización de planes de emergencia comunitaria.

9.3 Las condiciones necesarias para su replicación de carácter legal consisten en:

Oficialización del MIS por el MSPAS para que el mismo pueda ser objeto de financiamiento y sea factible como una alternativa de primer nivel de atención.

Fundamentos de derecho para solicitar la oficialización e institucionalización del MIS:

Código de Salud en el capítulo II “De la organización y desarrollo de los servicios para la recuperación de la salud” en los siguientes artículos:

El artículo 151. Política de infraestructura en salud que reza “El Ministerio de Salud en coordinación con otras instituciones del Sector, formulara una política que regule el crecimiento y desarrollo de la infraestructura en salud, a fin de garantizar una optima utilización de los recursos sanitarios por parte del Estado, evitando así la duplicación innecesaria de recursos y esfuerzos”

El artículo 152. Niveles de atención: “ El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, instituciones privadas y otras organizaciones no gubernamentales y comunitarias, organizaran sus servicios con base a los niveles de atención; entendidos estos como un conjunto de diferentes tecnologías apropiadas para la solución de grupos específicos de problemas de distinta complejidad, con el fin de garantizar el acceso y cobertura a todos los habitantes que demanden atención a la red de servicio de salud que se establezca”.

El artículo 161. Sistemas alternativos. “El Estado a través del Sector incorporara, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de salud, estableciendo mecanismo para su autorización, evaluación y control”

Capítulo X: Bibliografía:

1. Atravesando disciplinas. En <http://www.javeriana.edu.co/sociales/especializaciondocuments/>
2. Bergonzoli, Gustavo. "Propuesta: La epidemiología y la planificación local: medidas para la evaluación del impacto potencial". Colombia medica vol.36 No.1, 2005 (enero-marzo)
3. Bitrán, Ricardo, "Focalización en salud: conceptos y análisis de experiencias", LACRSS/USAID. Septiembre 2000.
4. Bitrán, Ricardo, "Modelo de financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala" Borrador, PHRplus y Bitrán y asociados enero 2004.
5. Health Systems Assesment Approach, USAIS, MSH,QA. Febrero 2007
6. Jara O." Para sistematizar experiencias" Alforja Costa Rica 1994.
7. "Lineamiento para la suplementación con vitamina "A", hierro y ácido fólico a niños y niñas de 6 a 59 meses, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y 6 meses después del parto". Programa de seguridad alimentaria nutricional MSPAS, junio de 2006.
8. Listado básico de medicamentos extensión de cobertura 2008. MSPAS.
9. Marín, José María, Romero, Carmen María; Cardona, Rockael; Melgar, Armando. "Desarrollo de la capacidad gerencial en salud", Módulos de auto instrucción 1,2 y 3. OPS 1995
10. Martínez Navarro, Ferrán; Antó, Josep; Castellanos, Pedro Luis; Gili Miner, Miguel; Maset, Pedro; Navarro, Vicente "Salud Pública" .1998 McGraw-Hill Interamericana, capítulos 1,3,4,5,7, 8, 24,25 y 27.
11. Mokate, Karen; Saavedra, Jose Jorge. "Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas" Documentos de Trabajo del INDES, Banco Interamericano de Desarrollo, marzo 2006. Serie Documentos de trabajo I-56.
12. Moliner Batista, Ricardo. Sanso Soberat, Félix; Feal Cañizares, Pablo; Lorenzo, Alcides y Corratgé Delgado, Héctor. "La Dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud enfermedad". Revista cubana de medicina general integral v.17 no.2 marzo-abril 2001.
13. "Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía Metodológica", programa de organización y gestión de servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud y programa especial de análisis de situación de salud, OPS/OMS 2000.
14. Paganini, José María "La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe". Rev. Panamericana Salud Pública/Pan Am J Public Health 4 (5), 1998.
15. Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008, MSPAS
16. Penuela Velasquez, "La transdisciplinariedad, mas allá de los conceptos, la dialéctica". En Andamios, revista de investigación social, ISSN, 1870-0063, No.2, 2005. Págs. 43-78.
17. "Perfil de salud de mujeres y hombres en Guatemala," Comisión para el mejoramiento de las estadísticas y análisis de género en salud. MSPAS noviembre 2005.
18. Pineault, Raynald; Develuy, Carole. "Planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias", marzo 1992. Masson,S.A.
19. Waitzkin,Howard "Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social" medicina social Volumen 1, No1, junio de 2006.

Capítulo XI: Bibliografía interna

1. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente- Bases y Lineamientos 2002.
2. Informe Técnico del Programa de Atención en salud PIAS. Diciembre de 2004 elaborado por José Luis Albizu.
3. Informe Técnico del Programa de Atención en salud PIAS. Diciembre de 2004 elaborado por José Luis Albizu.
4. Diseño programático y sus prioridades, San Lucas 25 de julio de 2003, Clínica Maxeña, PIES e INS.
5. Dispensarización, hacia un primer nivel de atención incluyente, San Lucas Sacatepéquez 5 de marzo de 2005. Dr. Juan Carlos Verdugo.
6. Informe técnico del trabajo del censo y línea basal de la implementación de la propuesta, marzo 2005. Dra. Meredith Fort.
7. Estadística de enfermedades tradicionales y populares captadas en la atención de las casas de salud del proyecto de implementación INS. 2004-2005. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clínica Maxeña/IDEI/INS.
8. Plan General de la formación permanente de ASC, programa individual de atención en salud (PIAS) julio 2005-2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clínica Maxeña/IDEI/INS.
9. Perfil resolutivo de ASC y EAPAS en caso de referencia que se origina a partir del programa individual de atención agosto 2005. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clínica Maxeña/IDEI/INS.
10. Plan operativo anual 2006.
11. Ficha clínica 2006.
12. Listado de códigos internos para llenado de ficha clínica/INS, 8 de mayo de 2006.
13. Listado de CIE 10 y otros códigos para uso en atención clínica, 8 de mayo 2006.
14. Instructivo de la ficha clínica del proyecto de implementación /INS, 9 de junio de 2006.
15. Plan de emergencia comunitario/INS 2006-2007.
16. Hoja de Códigos para la ficha clínica, 19 de junio 2006.
17. Programa comunitario de salud resultados y actividades, febrero de 2006.
18. Protocolos de vigilancia epidemiológica sociocultural: Enfermedades tradicionales y populares, mayo 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clínica Maxeña/IDEI/INS.
19. Guía de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años por los agentes de salud comunitaria en las casas de salud, mayo 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clínica Maxeña/IDEI/INS.
20. Manual de apoyo a la perspectiva de género (tomado y modificado de manual integrado de apoyo al PFAS en preparación y actualizado con los resultados de la consultoría de género julio 2006.
21. Plantas medicinales en guías, huertos y comunidades de pilotajes/INS 20 de julio 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra.
22. Informe técnico del programa familiar de salud. septiembre 2006. Dra. Lidia Morales.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

23. Programa familiar de salud. Guías y materiales de apoyo para la visita familiar modificado.2006.
24. Informe diagnostico de terapeutas mayas ambos pilotajes, 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDEI/INS.
25. Informe diagnostico de terapeutas mayas ambos pilotajes, 2006. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra. Proyecto de implementación/Clinica Maxeña/IDEI/INS.
26. Plan operativo anula 2007.
27. Impresiones socioculturales, Clínica Maxeña, San Juan Ostuncalco, 2007. Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra.
28. Hola individual para la evaluación del desempeño de ASC en el programa familiar durante el año 2007.
29. Guía de evaluación de la perspectiva de género en el proyecto de implementación.2007
30. Resumen de indicadores de género 2007.
31. Cronograma de formación permanente para EAPAS, 2007.
32. Cronograma de formación permanente para ECOS, 2007.
33. Normas para el impulso de tácticas operativas, 30 de enero 2007.
34. Funciones generales de cada EAPAS responsable de sector, 7 de febrero de 2007.
35. Actividades especificas a desarrollar en 2007 de cada miembro del EAPAS según su puesto, febrero 2007.
36. Circular de genero e interculturalidad, 30 de marzo de 2007.
37. Normas de género especificas para la oficina de San Lucas. Marzo 2007.
38. Evaluación normas de género específicas para la oficina de San Lucas, marzo 2007.
39. Instrumento de programación mensual y seguimiento de metas por sector, junio 2007.
40. Propuesta general para la guía de trabajo y fortalecimiento de competencias de las/los responsables de sector, junio 2007
41. Indicadores de Género vigentes a partir de agosto de 2007.
42. Guía de Cotejo reformulada a partir de la caracterización de género. Septiembre 2007.
43. Proyecto para la automatización del sistema de salud "Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente" informe de trabajo mayo 2004-septiembre 2007 Ing. Karina Siguil.
44. Formato de sala situacional, noviembre de 2007.
45. Estrategia para la solución de problemas e implementación de BRES,14 de diciembre de 2007.
46. Análisis de situación de salud, diciembre 2007.
47. Plan operativo anual 2008.
48. Hoja ayuda para la integralidad de la consulta de menores de dos meses (recién nacido y lactante) con su respectivo anexo. 5 de febrero de 2008
49. Hojas ayuda para la integralidad de la consulta del adulto mayor (hombre o mujer de 50 años y mas), 5 de febrero de 2008.
50. Hoja ayuda para la integralidad de la consulta de hombres con su respectivo anexo. 18 de febrero 2008.
51. Documento de sistematización de formación continua de ASC
52. Instrumento de programación mensual y seguimiento de metas por sector
53. Mini manual de funciones de la comisión del plan de emergencia comunitario.
54. Plan básico de estrategia de coordinación en paralelo.
55. Guía de monitoreo y supervisión de la consulta de agentes de salud comunitaria en las casas de salud comunitarias/INS.
56. Guía AIEPI: de 1 semana a menor de 2 meses

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

57. Guía AIEPI: de dos meses a 5 años
58. Guía de lenguaje y acciones incluyentes desde la perspectiva de género.
59. Guía para un lenguaje y acciones desde la perspectiva de interculturalidad.
60. Guía de acción y seguimiento de violencia.
- 61.
62. Hoja de referencia
63. Hoja de respuesta.
64. Hoja de riesgos.
65. Plan de acción y seguimiento a riesgos encontrados en visita familiar.
66. Autopsia verbal en menores de 5 años
67. Plan de emergencia familiar.
68. Formato de reporte mensual de morbilidad prioritaria (primeras consultas)
69. Formato del reporte mensual de producción mensual de medico/a y enfermera/o del PIAS.
70. Formato de consolidado de personas con alto riesgo (excepto embarazadas y desnutridos).
71. Formato consolidado de seguimiento para embarazo, puerperio y recién nacido.
72. Consolidado de seguimiento para niñas y niños desnutridos.
73. Formato de reporte mensual para indicadores relacionados con plan de emergencia familiar en familias con embarazadas en noveno mes.
74. Formatos de seguimiento a casos especiales.
75. Formatos de informes mensuales.
76. Formatos de informe de presentación de sala situacional por sector.
77. Formatos de informe de atención integral a comunidades de difícil acceso.
78. Formatos de manejo de medicamentos.
79. Formato de solicitud de medicina de la casa de salud comunitaria.

Presentaciones en Power Point:

- Análisis de Situación de Salud, ASIS 2007 Información de salud-enfermedad en la Boca Costa, Sololá y San Juan Ostuncalco.
- Presentación de Interculturalidad, 2007 INS
- Avances en la implementación de la perspectiva de género del proyecto *Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en Tres Distritos con Carácter Piloto*. Noviembre de 2007. Por Lidia Morales.
- Presentación Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, INS.
- Presentación Pilotaje de Boca Costa realizado por coordinador de pilotaje, 22 de febrero de 2008.
- Presentación Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, perspectiva de la interculturalidad, realizado por INS marzo de 2007.
- Presentación de Pilotaje en San Juan Ostuncalco Quetzaltenango realizado por coordinador de pilotaje y EAPAS, 2008.

XI Información de Campo

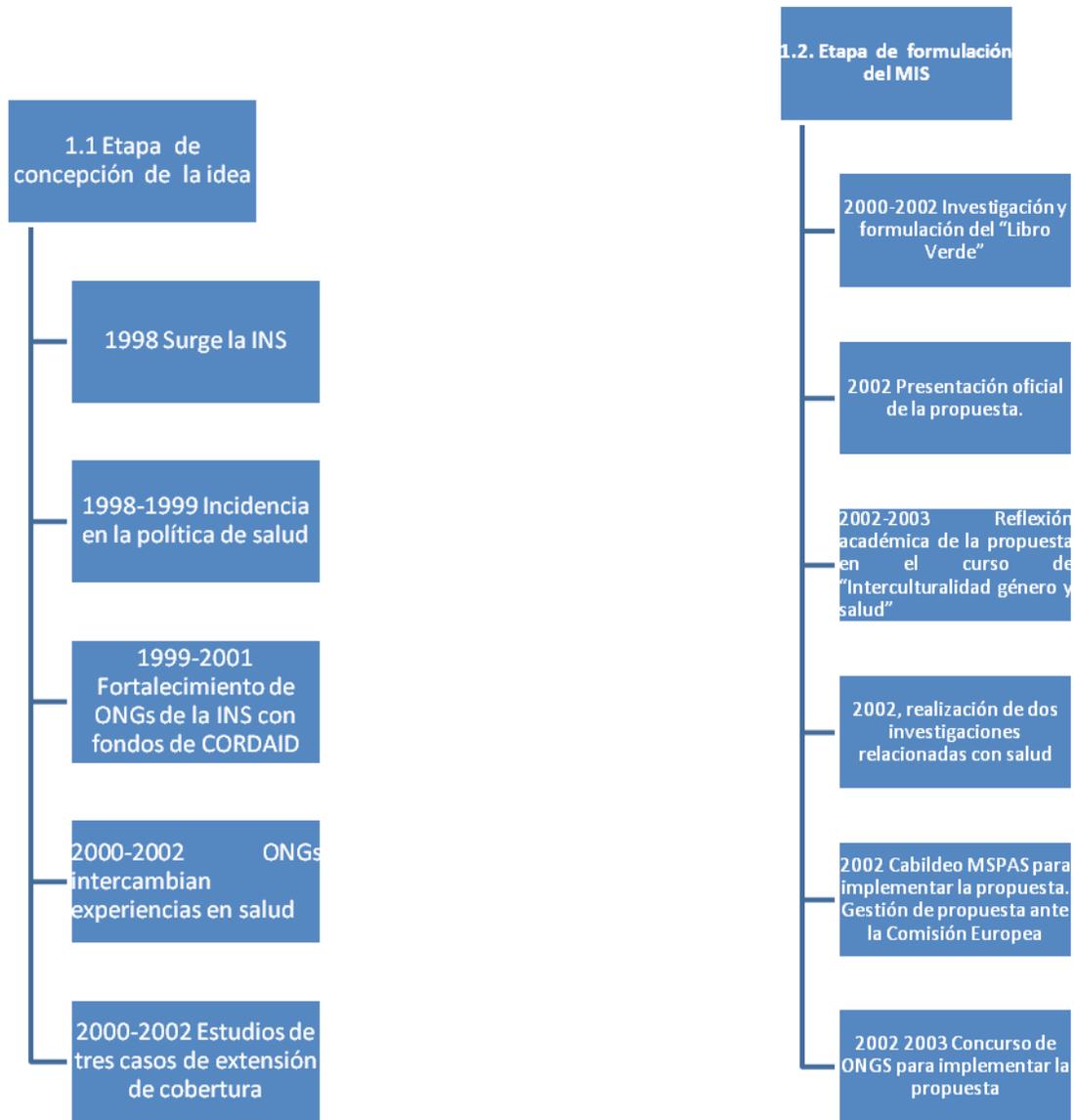
- Entrevista a enfermera de distrito de salud de San Juan Ostuncalco Quetzaltenango, realizada el 29 de enero de 2008.
- Entrevista a coordinador de Pilotaje en San Juan Ostuncalco Quetzaltenango, realizada el 29 de enero de 2008.
- Observación de una reunión con terapeutas en Agua Blanca SJO, Quetzaltenango, realizada el 30 de enero de 2008.
- Observación de una reunión con COPEC en Tizate de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango realizada el 31 de enero de 2008.
- Entrevista con directora de ONG IDEI en Quetzaltenango, realizada el 1 de febrero de 2008.
- Grupo focal con mujeres en Nueva Concepción en San Juan Ostuncalco Quetzaltenango, realizada el 5 de febrero de 2008.
- Entrevista a presidente del COCODE de Tizate San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Realizada el 5 de febrero de 2008.
- Grupo focal con hombres en Agua Blanca de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango realizada el 6 de febrero de 2008.
- Grupo focal con ASC en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, realizada el 8 de febrero de 2008.
- Entrevista a coordinador de pilotaje de la Boca Costa en Sololá, realizada el 18 de febrero de 2008.
- Entrevista a directora de distrito de Guineales, Santa Catarina Ixtahuacan Sololá, realizada el 19 de febrero de 2008.
- Grupo focal con EAPAS del pilotaje de la Boca Costa de Sololá, realizada el 19 de febrero de 2008.
- Grupo focal con terapeutas en Pasaquijuyub Sololá, realizada el 20 de febrero de 2008.
- Grupo focal con hombres en Patzité Sololá, realizada el 21 de febrero de 2008.
- Entrevista a personeros de la Clínica Maxeña, Sololá realizada el 21 de febrero de 2008.
- Grupo focal con ASC en la Boca Costa de Sololá, realizada el 22 de febrero de 2008.
- Reuniones constantes con equipo coordinador en San Lucas Sacatepequez.

Anexo No. Línea Histórica del MIS: la experiencia de un primer nivel de atención

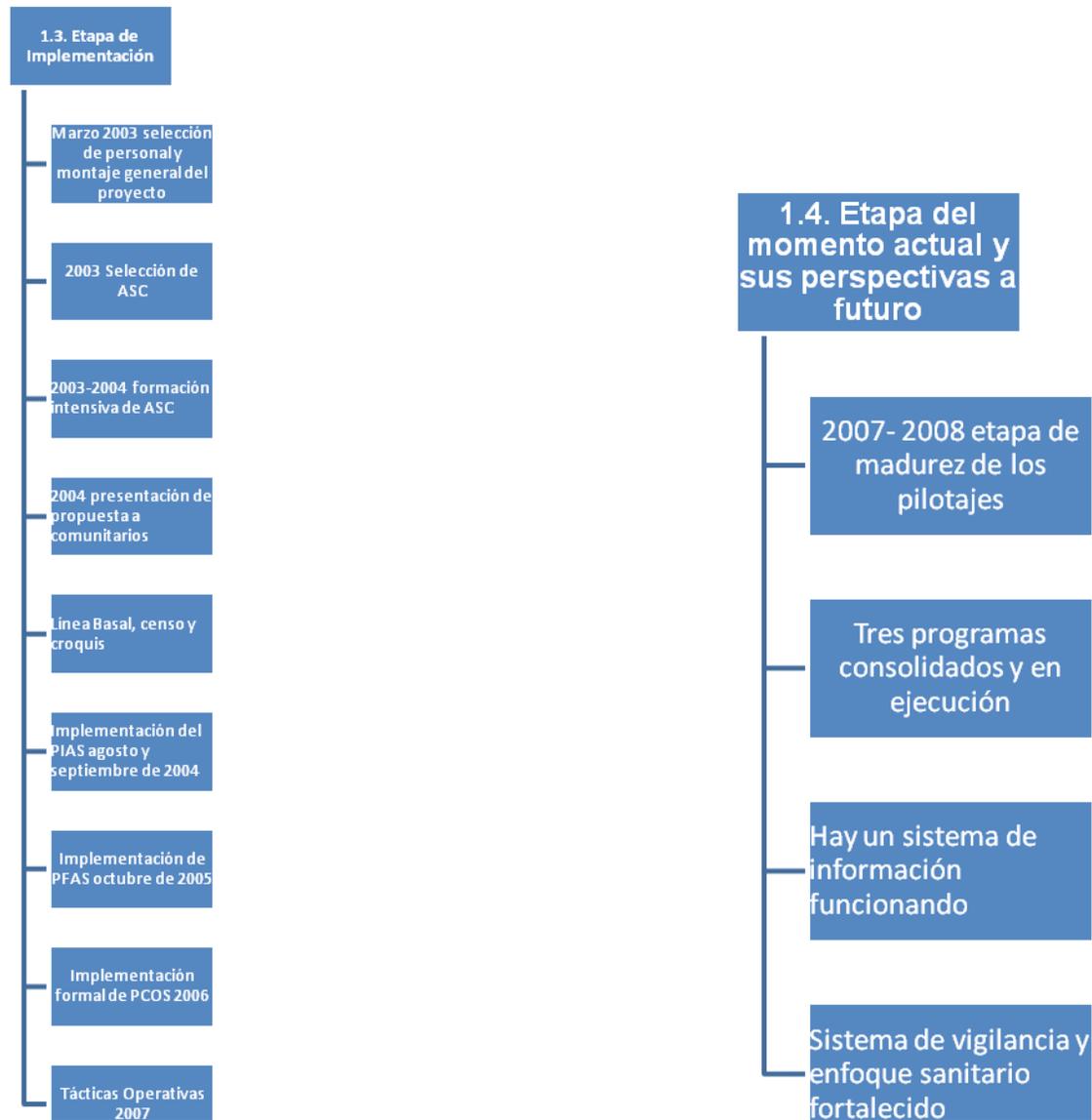
La historia y el camino que ha recorrido la propuesta “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente” -Bases y Lineamientos” se caracteriza por cuatro etapas que son las siguientes: concepción de la idea, formulación del MIS, implementación y el momento actual. Se resalta en forma cronológica aquellas acciones que han sido significativas para la experiencia, basada en la vivencia de los diferentes actores que han sido parte de la misma. Dado a que la sistematización tiene carácter exploratorio por el tiempo limitado, no es posible profundizar en algunas situaciones pero el texto permite conocer el transcurrir de la experiencia.

Esquema de la línea histórica

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.



Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2. Descripción de la línea histórica.

2.1 Etapa de concepción de la idea

Fechas	Acontecimiento que marca la etapa	Descripción de la Etapa
Marzo 1998	Conformación del colectivo Instancia Nacional de Salud (INS), reuniones para la discusión de la Reforma de Salud.	La INS es una coalición de organizaciones sociales que surge por la preocupación que generó en las organizaciones sociales, los cambios que impulsó la Reforma del Sector Salud, específicamente con la estrategia de extensión de cobertura en el primer nivel de atención. La INS tiene como ejes de trabajo: Consolidación y fortalecimiento organizacional, análisis y propuestas a las políticas de salud y la negociación e incidencia en la política de salud. Las organizaciones de la INS lograron el primer financiamiento para su fortalecimiento y desarrollaron varios talleres de reflexión sobre la política de salud y se logro hacer un estudio de tres casos de prestadoras de salud del PEC.
1998-1999	Incidencia en la política de salud	En estos años la INS, desarrolló diferentes actividades en distintos departamentos en las cuales se invitaba a las autoridades del MSPAS. Lo cual generó el que las INS se sentara con el Vice ministro de salud a debatir el modelo de atención del PEC, se hizo una publicación popular editada por organizaciones de la INS de Petén. De esa cuenta se mantuvo un proceso de discusión durante 8 meses con el Vice-ministro de salud, sus asesores, sindicato del sector salud y con la Asociación de Técnicos de Salud Rural.
1998-2000	Intercambio de experiencia de las ONGS miembros de la INS.	Se conoció y discutió la experiencia de modelos comunitarios de salud de las ONGS miembros de la INS, de las cuales se obtuvo insumos para la propuesta.
1999-2001	Apoyo de MEMISA (ahora CORDIAD) para acciones de fortalecimiento	Se logró el financiamiento de dos proyectos (1999-2001), con ello lograron realizar asambleas y asesorías a las ONGS, realizaron talleres sobre incidencia política, análisis de coyuntura, reforma de salud. Se consolidó las estructuras departamentales de la INS, así también acciones de análisis sobre las políticas y programas de Gobierno. Se mantuvo la edición de los Portadores de Sueños que consistió en una revista de debate sobre la política y el sistema de salud.

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

2.2 Etapa de formulación del MIS

Fechas	Acontecimiento que marca la etapa	Descripción de la Etapa
2000-2002	Elaboración de propuesta producto de una investigación de dos años. El Libro Verde es el nombre comúnmente conocido de la propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, Bases y Lineamientos”.	<p>La INS consideró que una propuesta de atención en salud debía ser formulado por un equipo específico, de tal manera que se decidió por personas con un alto compromiso por aportar hacia los cambios sustanciales que favorezca un proceso de atención de salud mas coherentes a los contextos sociales.</p> <p>El equipo que elaboró la propuesta se conformó de académicos con experiencia comunitaria.</p> <p>La investigación del libro verde duró dos años, cabe destacar que las perspectivas y atributos formaron parte del protocolo de investigación.</p> <p>La propuesta se desarrolló a través de la metodología participativa, con: 10 talleres con comadronas, promotores, 13 grupos focales y 34 entrevistas a informantes claves, 218 personas de diferentes organizaciones y 6 personas individuales.</p> <p>El libro verde contó con tres estudios complementarios siendo: Interculturalidad, Determinación de factibilidad para la implementación de la propuesta de un primer nivel de atención en salud y su análisis presupuestario, diseño de Sistema de Información.</p> <p>Se articuló los intereses de la INS de implementar su propuesta con el interés de Medicus Mundi Navarra en financiar proyectos del primer nivel de atención. Se elaboró la propuesta de implementación por cuatro años. El proyecto tuvo la perspectiva de género, interculturalidad y derecho a la salud. Cabe destacar que la propuesta fue una síntesis de todas las experiencias de las ONGs de la INS y de experiencias latinoamericanas consideradas exitosas así como de las debilidades y fortalezas del Programa de Extensión de Cobertura.</p>
2002	Presentación oficial de la propuesta: Hacia un Primer Nivel de Atención en salud incluyente – Bases y Lineamientos (22 de febrero del 2002), presentaciones varias (en foros y congresos centroamericanos difundido en Latinoamérica y Europa)	A cuatro años de existencia la INS logró una propuesta de salud incluyente, considerada como uno de sus principales logros.
2002-2003	Reflexión académica de la propuesta: curso de posgrado “Interculturalidad, Género y Salud”.	El curso se desarrolló con apoyo de Medicus Mundi Navarra, cuyo objetivo fue formar profesionales en diferentes disciplinas sobre nuevos conceptos y metodologías en salud, así como de compartir la reflexión académica plasmada en la propuesta y llevarla al debate. Tres participantes de éste curso han colaborado en los pilotajes ⁵³ uno de ellos es el médico responsable del PIAS en la Boca Costa y los otros dos colaboraron en la

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Fechas	Actividad desarrollada	Descripción de la actividad
		<p>Módulo 4: Programa familiar Módulo 5: Programa comunitario (duración de 36 horas realizada de abril de 2004 a mayo de 2004) Módulo 6: Vigilancia en salud y sistema de información. Módulo 7: Gestión administrativa y comunitaria</p> <p>Estos módulos están debidamente estructurados con: competencias específicas y productos, para la formación de agentes de salud comunitaria la cual se ofrece en tres opciones de aprender sobre la atención en salud de un primer nivel. (Ver cronograma de actividades INS). Asimismo, se contrató a una pedagoga para sistematizar el proceso de formación, actualmente se cuenta con una currícula para la formación de personal de salud para la atención, así como su respectiva sistematización del proceso de formación.</p>
2004	Presentación de propuesta a los comunitarios.	<p>Los EAPAS presentaron la propuesta a los líderes de las comunidades de Boca Costa. Coordinaron y negociaron con los comunitarios de la Boca Costa para la implementación del programa. finalizó en agosto.</p> <p>A partir de octubre y noviembre se construyeron tres CSC y se remodeló el existente que se utilizó como Centro de Referencia (CR).</p>
Abril -mayo 2004	Línea basal, censo y croquis	<p>Para realizar estas actividades, en algunas comunidades se contó con el apoyo de los líderes para la elaboración de croquis, debido a que ellos tienen el conocimiento de los límites de las comunidades. En noviembre se hizo la devolución de la información a los líderes de las comunidades para ser mediado.</p>
Marzo a octubre 2004	1. Implementación de PIAS:	<p>el desarrollo del programa se estructuró en cuatro ejes de trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Actividades de atención en el programa individual. 3. Sistema de información del programa individual. 4. Ciclo administrativo (recurso humano, control, organización y dirección) <p>Coordinación del PIAS con las actividades que se desarrollaban desde otros programas. Se elaboró los instrumentos del PIAS y se trabajó con la programadora sobre la implementación e inducción a los ASC antes del montaje particularmente sobre el uso de los instrumentos. En SJO inició en casas prestadas, misma que ocasionó incomodidad por la falta de satisfacción de los ASC ha sido la atención a las personas de su comunidad. Durante este tiempo se dieron algunos cambios en el pilotaje de San Juan Occidente deja de apoyar el proyecto y es sustituida por IDEI en el mes de agosto. El apoyo del coordinador general por dos meses cabe indicar que también hubo un pilotaje de SJO. Así también éste año fue el cambio de gobierno del FRG a la UCRG, las negociaciones avanzadas con el gobierno saliente.</p>
Julio a agosto 2004	Fase de preparativos	<p>El PIAS inició su proceso de atención a mediados de agosto en Boca Costa San Juan Occidente. Se consideró la implementación de programas de manera escalonada para poder consolidar el programa para iniciar con otro. No obstante durante este tiempo se realizaron visitas domiciliarias de casos de seguimiento mismas que formarían parte de los requerimientos que ha implicado la infraestructura de las CSC que han sido adecuadas. Se coordinó con el MSPAS para mejorar las competencias de los ASC en temas de salud. Los ASC colaboraron en el centro de salud en control prenatal y actividades educativas en la sala de espera. Los ASC valoran el apoyo y conocimiento que se les brinda. En Guineales no así de Xejuyup y de SJO que fueron menos colaboradores con el programa.</p>
Marzo a octubre 2004	Comenzó PIAS escalonado (SJO en casas prestadas)	<p>La modalidad de implementar los programas de manera escalonada tiene sus ventajas para consolidar bien un programa para poder pasar a implementar otro. Tanto en SJO como en Guineales esta modalidad permite una mejor familiarización con los instrumentos que se utilizan, como en un desempeño adecuado. Los ASC dieron a conocer que en la primera fase del PIAS tuvieron dificultades en el manejo de las guías, sobre todo en el llenado de las mismas. El acompañamiento de los EAPAS a contribuido en mejorar el desempeño, así mismo se continúa.</p>
Se	Implementación del PFAS y sus	Incluye los cuatro enfoques de intervención en salud (promoción, prevención,

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Fechas	Actividad desarrollada	Descripción de la actividad
establece en octubre de 2005	diferentes fases	<p>énfasis es al enfoque de riesgos. El proyecto considera la familia como un eje central para contribuir en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar lógicas de auto-atención, para obtener insumos a la construcción de planes de acción. Desarrollar acciones sistemáticas de vigilancia en salud, como aporte a la construcción de planes de acción sociocultural. Desarrollar planes de acción y seguimiento a nivel familiar. <p>El equipo de conducción contrató a una responsable del PFAS y una consultora para la implementación del programa, entre el 2005 y 2006.</p>
De octubre de 2003 a septiembre de 2004	Fase de formulación inicial. Ésta fase forma parte del proceso de formación inicial de los ASC.	<p>Los ASC recibieron el curso del Módulo de PFAS en el proceso de formación inicial. Los EAPAS supervisaron y evaluaron las visitas familiares realizadas por los ASC en su momento.</p> <p>El diseño programático se basó en la propuesta del Libro Verde.</p> <p>Se cuenta con el pensum del PFAS, aplicado en el curso de Agentes de salud comunitarios.</p>
Octubre de 2004 a febrero de 2005	<p>Fase de profundización teórica en salud familiar, enfoque de riesgo y dispensarización.</p> <p>En esta etapa finalizó la construcción de las casas y la línea basal, censo y croquis.</p> <p>También se implementó el PIAS, se estableció el sistema de información y se estandarizó la atención clínica.</p>	<p>En esta fase, se profundizó aspectos teóricos del PFAS a través de la revisión de un documento técnico de dispensarización así también se elaboró la primera versión de la guía de abordaje.</p> <p>Se hicieron monografías de temas preventivos como de: nutrición, higiene y manejo de residuos.</p> <p>Se hizo el primer ejercicio de dispensarización en la Base de Datos a partir de la información de las casas.</p> <p>Se cuenta con una versión de guía de abordaje y de la ficha familiar.</p>
Abril a agosto de 2005	Fase de montaje y piloteo del PFAS	<p>Concreción de las bases técnicas, gerenciales y operativas del programa y elaboración de materiales de apoyo, para ello se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Encuesta rápida de consulta a las familias Entrevistas semi-estructuradas a informantes clave Ficha familiar (versión final para uso en 2005 y 2006) Guía de acción y seguimiento para cada uno de los riesgos identificados (ver documento adjunto) Instrumento de supervisión de competencias para ASC. <p>Proceso de Formación e inducción tanto de Animadores Psicosociales como de Agentes de Salud Comunitarios.</p> <p>Profundización de los perfiles de desempeño tanto de Animadores Psicosociales como de Agentes de Salud Comunitarios en relación al PFAS.</p> <p>Incorporación del PFAS al Sistema de Información y base de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Creación del ingreso de fichas familiares Programación de las opciones de actualización de códigos de familia (traslado de familias) <p>Las primeras visitas familiares, se dio con un ejercicio piloto de 24 familias en las que se aplicó el instrumento de supervisión de competencias para ASC.</p>
Septiembre de 2005 a septiembre de 2006	Fase de implementación	<p>Se contó con el apoyo de una consultora de PFAS, sus principales aportes fueron: el apoyo técnico personal, apoyó la formulación de instrumentos, acompañó el proceso de validación de los mismos y su respectiva reformulación. En esta etapa es importante resaltar que se tomaron en cuenta aquellas sugerencias de los animadores psico-sociales y que el punto de vista operativo debía aplicarse al instrumento para el PFAS.</p> <p>En esta fase se hicieron tres ciclos de visitas: en la primera se visitó el 100% de las familias.</p>

Sistematización del Modelo Incluyente en Salud.

Fechas	Actividad desarrollada	Descripción de la actividad
		segundo y tercer ciclo se consideró visitar a las familias con menores de 5 años que las tres visitas por familia programada al año no era posible por lo que se elaboró el Manual Integrado de apoyo al PFAS
2006 2007	– Formalización e implementación del PCOS Las acciones del PCOS	En programa comunitario arranca de manera formal en 2006 pero inició desde 2005 de implementación. Este programa tiene el propósito de fortalecer la participación y el empoderamiento del trabajo comunitario, para la modificación de determinantes-condicionantes de la salud de la población, a través de acciones de promoción y prevención, desde sus matrices de trabajo. Las acciones principales: Intercambio trimestral por sectores con terapeutas maya-populares Mejoramiento y/o implementación de huertos en las CSC. Información y comunicación en salud sobre diferentes temas, dirigidos a mujeres y hombres. Organización de las COPEC y los planes de emergencia En saneamiento ambiental se toman muestras de agua y se da consejería e información para que se identifiquen mayor número de casos con diarrea. Coordinación y apoyo a los COCODES para proyectos comunitarios.
2006 2007	– Tácticas operativas finales 2006 y se formalizan en 2007.	Las tácticas operativas fue considerada por el equipo de san Lucas para el cumplimiento de los objetivos, indicadores y resultados del MIS. Es una guía valorado y de mucha utilidad por los ASC de mucha utilidad, por lo que debe trabajar en cada programa así como también, hace énfasis en las prioridades de los pilotajes.
2007	EAPAS también debe ser multidisciplinario	Los EAPAS son responsables de un programa y este año adquiere la responsabilidad del sector.

2.4 Etapa del momento actual y sus perspectivas a futuro

Luego de 5 años de trabajo, en 2008, el MIS ha logrado validarse como una alternativa al modelo de atención del PEC. Durante los últimos dos años, los tres programas de salud del MIS han funcionado y a partir de ahora están en proceso de continuas mejoras con base a la experiencia obtenida en los dos pilotajes. Igualmente se ha logrado integrar y operacionalizar las diferentes perspectivas y atributos en las que se fundamenta (ver más adelante).

Por el buen desempeño del proyecto y la importancia del MIS ante la política de salud, la Comisión Europea aprobó una segunda fase que va de julio del 2008 a junio del 2011. El objetivo fundamental, es tener el tiempo suficiente para lograr incidir en la política de salud para que la totalidad o parte del MIS pueda ser replicado en otras partes del sistema de salud y que las dos experiencias piloto puedan ser absorbidas por los distritos de salud respectivos.

Asimismo, para el equipo conductor del MIS, las lecciones aprendidas y los aportes técnicos del modelo abren la posibilidad de generar un intercambio de experiencias en el campo de la formación de recurso humano, la investigación y otras propuestas de primer nivel, de salud comunitaria o modelos alternativos.

