



Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención





**Transformando el Sistema
Público de Salud
desde el Primer Nivel
de Atención**

TRANSFORMANDO EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Han elaborado esta publicación

*Lucrecia Hernández Mack
César Sánchez
Juan Carlos Verdugo
Lidia Morales
Carmen Alicia Arriaga
Zully Hernández*

Revisión y actualización

*Donato Camey
Ivonne Solórzano
Edgar González
Oscar Reyes
Aracely Briones
Juanita Millian
Ana María Argueta
Emma Domínguez
Orfa Nineth Morales*

Diseño de portada

María Larissa Verdugo Rivas

Diseño y Diagramación:

Ernesto Rivero

Fotos de portada

Javier Pagola, Mynor Ismalej, Karen Dubón, Delia Chen, Sandra Garcia, Micaela Len, Personal del Territorio 1 de la Boca Costa de Sololá y Jose Luis Roig.

Impresión

Serviprensa, S.A • PBX: 2245-8888

Primera edición

Guatemala, 2012

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

Unión Europea



UNIÓN EUROPEA

Medicus Mundi
Navarra



CORDAID



Gobierno de
Navarra



Asociación IDEI

ASOCIACION



I • D • E • I

Instituto de
Salud Incluyente



INSTITUTO DE SALUD INCLUYENTE

Medicus Mundi Navarra -Guatemala
Km 30.1 Carretera a la Antigua Guatemala, Condominio
Los Cipreses Casa 1 A, San Lucas Sacatepéquez.
Correos electrónicos:
secretaria@isis.org.gt
medicmundi.guate@gmail.com
Teléfono:(502) 40126778

AGRADECIMIENTOS

A las comunidades de los proyectos piloto y de los municipios en donde actualmente se implementa *la Estrategia*; por su apertura y disposición al diálogo para la mejora de los servicios de salud

A las/os trabajadores de salud, tanto a quienes participaron en la construcción y validación de *la Estrategia*, como a aquellos que desde el Sistema Público de Salud han asumido el reto de sumarse a la transformación de los servicios.

A las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en sus diferentes niveles: Distritos Municipales de Salud, Direcciones de Área de Salud, Equipo de Transferencia Tecnológica Institucional, Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, Unidad de Programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención, Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección General del SIAS, y DRPAP, DECAP y Departamento de Formación de Recursos Humanos, Unidad de Planificación Estratégica, SIGSA, Gerencia General Administrativo-Financiera, Viceministros y Ministros de Salud; nuestro reconocimiento por su firme decisión e importantes contribuciones para lograr la institucionalización del proceso.

A todas las organizaciones internacionales y nacionales, instituciones y personas que desde su ámbito de acción, creyeron, apoyaron o divulgaron la realización de este esfuerzo, inspirado en el cumplimiento del derecho a la salud

Tabla de contenidos

Presentación	1
Capítulo 1. La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención: una reseña general	13
I Antecedentes	13
II Puntos de partida de <i>la Estrategia</i> : conceptos y reflexiones	14
A. Una concepción incluyente del proceso salud-enfermedad	15
B. Las perspectivas de <i>la Estrategia</i>	16
C. El primer nivel de atención en salud, clave para la transformación del sistema de salud	17
D. Niveles de análisis-acción para el trabajo en salud	18
III Componentes operativos de <i>la Estrategia</i>	18
A. La organización territorial y la asignación equitativa de recursos	19
B. Los equipos de trabajo	19
C. Los programas operativos y los subprogramas de <i>la Estrategia</i>	21
D. Vigilancia sociocultural de la salud y sistema de información	21
Listado de siglas y abreviaturas	22
Documentos consultados	22
Capítulo 2. La perspectiva del derecho a la salud	23
I Reflexión sobre el sistema de salud del país	23
II Ideas básicas para comprender el derecho a la salud	25
A. La salud es un derecho humano	25
B. El derecho a la salud, el Estado y la ciudadanía de Guatemala	27
C. Los compromisos internacionales adquiridos por el Estado de Guatemala sobre el derecho a la salud	29
III El derecho a la salud llevado a la práctica en <i>la Estrategia</i>	30
Listado de siglas y abreviaturas	33
Documentos consultados	33
Capítulo 3. La pertinencia intercultural	35
I Conceptos básicos para comprender la interculturalidad	35
A. Pertinencia Intercultural y salud	36
B. Modelos de salud	37
C. Lógicas socioculturales en salud	40
D. Algunas afirmaciones no compartidas por <i>la Estrategia</i> en relación a pertinencia intercultural y salud	42
II La perspectiva de pertinencia intercultural en <i>la Estrategia</i>	42
A. Pertinencia intercultural en el primer nivel de atención en salud	43
B. La coordinación en paralelo	43
C. Organización de terapeutas mayas y terapeutas populares e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud	45
Listado de siglas y abreviaturas	48
Documentos consultados	48
Capítulo 4. La perspectiva de género	49
I Conceptos básicos para comprender el género	49
II Género y condiciones sociales de la realidad guatemalteca	52
III Género en la vida cotidiana	53
IV Género y salud	53

A. El género y las condiciones de salud.....	53
B. El género y la atención de la salud.....	56
V La perspectiva de género en <i>la Estrategia</i>	57
Listado de siglas y abreviaturas	60
Documentos consultados.....	60
Capítulo 5. La perspectiva de medio ambiente.....	61
I Ideas elementales para comprender el medio ambiente	61
II Problemas ambientales actuales	63
A. Problemas globales del medio ambiente	63
B. Problemas regionales o transnacionales del medio ambiente.....	65
C. Problemas nacionales y locales de medio ambiente.....	65
III Medio ambiente y salud	67
IV La perspectiva de medio ambiente en <i>la Estrategia</i>	68
A. Marco conceptual, principios básicos y posicionamiento sobre el medio ambiente.....	68
B. Lineamientos y normativa institucional.....	70
C. Atención a la salud y el medio ambiente.....	70
Listado de siglas y abreviaturas	71
Documentos consultados.....	72
Capítulo 6. Programa Individual de Atención en Salud—PIAS—	73
I Diseño Programático	73
A. Perspectivas de <i>la Estrategia</i> de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud.....	73
B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad	74
C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad.....	76
II El Programa Individual de Atención en Salud	79
A. Caracterización del programa	79
B. Espíritu del programa	81
C. Objetivo.....	81
D. Resultados esperados.....	81
E. Tácticas operativas.....	82
F. Normas y protocolos de atención	83
G. Instrumentos de registro.....	89
H. Ficha clínica como instrumento integrador	90
I. Indicadores para el monitoreo del programa.....	94
Listado de siglas y abreviaturas	95
Documentos consultados.....	95
Capítulo 7. Programa Familiar de Atención en Salud —PFAS—	97
I Diseño Programático	97
A. Perspectivas de <i>la Estrategia</i> de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud	97
B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad	98
C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad.....	100
II El Programa Familiar de Atención en Salud	103
A. Caracterización del programa	103
B. Espíritu del programa	105
C. Objetivo del programa.....	105
D. Resultados esperados.....	105
E. Tácticas operativas.....	106

F. Normas y guías del PFAS	108
G. Instrumentos de registro	115
H. La Visita Familiar Integral: táctica operativa central del PFAS	120
I. Indicadores para el monitoreo del programa	121
Listado de siglas y abreviaturas	122
Documentos consultados	122
Capítulo 8. Programa Comunitario de Salud —PCOS—	123
I. Diseño Programático	123
A. Perspectivas de <i>la Estrategia</i> de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud.	123
B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad	124
C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad	126
II. El Programa Comunitario de Salud	129
A. Caracterización del programa	129
B. Espíritu del programa	131
C. Objetivo del programa	131
D. Resultados esperados	131
E. Actividades iniciales a cargo del PCOS para la implementación de <i>la Estrategia</i>	132
F. Tácticas operativas	133
G. Manuales y guías de PCOS	137
H. Instrumentos	138
I. Indicadores para el monitoreo del programa	142
Listado de siglas y abreviaturas	143
Documentos consultados	143
Capítulo 9. El Sistema de Vigilancia Sociocultural de la Salud y el Sistema de Información	145
I. La vigilancia en salud	145
A. La Vigilancia Sociocultural de la Salud (VSCS)	145
B. Normas y protocolos para la VSCS	146
II. Recolección de datos	147
III. Ingreso de datos al Sistema de Información—SI—	149
A. Módulos del Sistema de Información	149
B. Pantallas para ingresar datos	150
C. Otros aspectos relacionados al ingreso de datos	151
IV. Análisis e interpretación de información	151
A. Insumos para el análisis de información	153
B. Ámbitos del análisis de información	154
C. Actividades para el análisis de información por periodicidad	154
V. Uso de la información	155
A. Uso de la información en los niveles de análisis-acción	155
B. Uso de la información para la gestión	155
Lista de siglas y abreviaturas	156
Documentos consultados	156
ANEXO: INSTRUMENTOS DE REGISTRO PARA LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA	157

Presentación

Esta publicación representa la concreción de un proceso de largo aliento iniciado hace más de 10 años, el cual tuvo como finalidad aportar a la transformación del Sistema Público de Salud, teniendo como punto de partida el primer nivel de atención.

Durante los años 2000 a 2002, la coalición de organizaciones llamada Instancia Nacional de Salud (INS), con el apoyo de Medicus Mundi Navarra (MMN), realizó una investigación participativa sobre experiencias de atención en el primer nivel, en el ámbito público y privado no lucrativo tanto de Guatemala como de otros países latinoamericanos. Los resultados derivaron en una propuesta publicada en el documento “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” en el que se perfilaron las bases conceptuales y lineamientos operativos de lo que posteriormente se conocería como Modelo Incluyente en Salud –MIS-.

A partir de 2003, el MIS se llevó a la práctica en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-; contando con el apoyo de MMN/CORDAID, Comisión Europea (CE), Gobierno de Navarra, IDEI, Clínica Maxeña, y posteriormente del Instituto de Salud Incluyente –ISIS-. Este proceso de validación se desarrolló a lo largo de 7 años en dos experiencias piloto en los Distritos Municipales de Salud (DMS) de Guineales (9) y Xejuyup (10) en la Boca Costa del Departamento de Sololá y en el de San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango; evidenciando resultados exitosos en términos de equidad, cobertura y acceso para todos los ciclos de vida, reducción de mortalidad materna, infantil (por diarrea) y perinatal –entre otros-. Los logros y lecciones aprendidas fueron publicados en el año 2008 en el documento “*Del dicho al hecho: Los avances de un primer nivel de atención en salud Incluyente*”.

A finales de 2010 el MSPAS aprobó la asignación de fondos públicos para la sostenibilidad de las experiencias piloto, inició su institucionalización e impulsó la extensión del modelo en otros cuatro Distritos Municipales de Salud –DMS- (Cuilco

en Huehuetenango, Cubulco y Rabinal en Baja Verapaz y La Unión en Zacapa). En el 2012, al menos seis nuevos DMS están integrándose al proceso, el cual se ha transformado en *la Estrategia* de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud del MSPAS, en adelante *-la Estrategia-*.

Los documentos contenidos en esta publicación forman parte de los materiales educativos preparados para los procesos de formación del personal del MSPAS involucrado en la implementación de *la Estrategia*. Si bien los componentes abordados se han organizado en capítulos, se ha tratado de mantener su estructura inicial para que también puedan ser consultados en forma independiente.

La finalidad principal es divulgar las claves operativas de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención, así como evidenciar sus aportes a la política pública, en la línea de contribuir a la concreción de un nuevo accionar en salud pública, lo cual es una necesidad impostergable.

La institucionalización de *la Estrategia* por parte del MSPAS como ente rector marca una nueva etapa de esperanza para el Sistema Público de Salud en el país. La sostenibilidad y alcances de los procesos iniciados dependerán de la postura y compromiso que el Estado asuma para con el derecho a la salud de la población guatemalteca.

¿Por qué es necesaria una nueva salud pública?

Guatemala, al igual que otros países de la región, está atravesando por un proceso de complejización epidemiológica caracterizado -entre otros aspectos- por:

- La situación sanitaria inequitativa entre grupos de población (rural-urbana, no indígenas-indígenas, mayores ingresos-menores ingresos, hombres-mujeres, entre otros), relacionada con el deterioro de las determinantes, condicionantes y riesgos de la salud que, en general, impactan en un perfil epidemiológico complejo y en los altos índices de mortalidad materna e infantil en el país.

- La persistencia de problemas infecciosos y carenciales, especialmente los altos índices de desnutrición aguda y crónica en la niñez.
 - El incremento de la incidencia y prevalencia de problemas crónicos y degenerativos como el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial, entre otros; impactando en la población adulta y adulta mayor, generando deterioro creciente de la salud e incapacidad en las personas afectadas.
 - La violencia generalizada que se vive en el país y que afecta a la población por daños directos a su salud física y mental; así como los crecientes problemas de tipo psicosocial, entre ellos, la alta incidencia de violencia intrafamiliar, violencia basada en género y abuso sexual.
 - Los problemas resultantes de las emergencias ocasionadas por la vulnerabilidad del país ante fenómenos naturales y la poca capacidad de prevención de desastres.
 - La persistencia de problemas relacionados con la falta de acceso al agua segura y al saneamiento básico del medio, como parte de los condicionantes y riesgos de la salud.
 - La existencia de perfiles de morbilidad y mortalidad relacionados con otros modelos de salud diferentes al biomédico, específicamente destacan los relacionados con el modelo de medicina maya y popular.
- Por otra parte, el Sistema de Salud continúa distinguiéndose por su bajo e inequitativo financia-

miento, alta fragmentación institucional y múltiple segmentación del acceso de la población a los servicios de salud, lo que sumado al impulso de políticas con un énfasis curativo-individual y al predominio de los enfoques verticales y selectivos en las intervenciones sanitarias, se traduce en un bajo impacto sanitario con el que no se logra hacer efectivo el derecho a la salud.

Para hacer frente a la complejización epidemiológica, el Sistema de Salud está obligado a superar los enfoques ya señalados dando paso a abordajes amplios y transdisciplinarios. Problemas como los ya descritos requieren medidas sanitarias de promoción y prevención, muchas de las cuales competen al primer nivel de atención. Un Sistema de Salud que no enfatice en este tipo de acciones, generará la desatención a un cúmulo de problemas sanitarios que, si en el presente son ya difíciles de manejar por los servicios de salud, en el futuro se constituirán en una crisis sanitaria alarmante cuyos impactos en la población no se pueden estimar.

A nivel internacional, *la Estrategia* de Renovación de la Atención Primaria en Salud –APS– de la OMS/OPS es una de las principales plataformas que sustenta la necesidad de intervenciones amplias, al dar cuenta de los escasos resultados ligados a los enfoques selectivos y al convocar al re-direccionamiento de los Sistemas Nacionales de Salud hacia la universalidad e integridad. En la siguiente tabla se sintetizan las principales diferencias entre la APS selectiva y la APS renovada, en la que se evidencia una alta correspondencia de ésta última con lo planteado en *la Estrategia*.

Tabla 1. DIFERENCIAS ENTRE APS SELECTIVA Y APS RENOVADA

ENFOQUE	DESCRIPCION	ENFASIS
APS SELECTIVA	Número limitado de servicios de alto impacto para problemas prevalentes. GOBI (control del crecimiento, RHO, lactancia materna, inmunización) GOBI-FFF (+suplementación, alfabetización de mujeres y PF)	Paquete básico de servicios para los pobres en respuesta a desafíos prevalentes en países en desarrollo
APS RENOVADA	Organización de los Sistemas de Atención para: <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el primer contacto • Acceso y cobertura universal • Énfasis en prevención y promoción • Orientación familiar y comunitaria • Atención integral e integrada • Recursos Humanos apropiados • Organización y gestión óptimas (planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño) 	Estrategia que enfoca en el conjunto del Sistema de Salud Organización y fortalecimiento del Sistema de Salud para promover la salud, partiendo del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

Fuente: Elaboración propia con base en: OPS. 2005. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS: pp-“3-14”.*

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención, además de favorecer la concreción del enfoque de APS renovada, plantea cambios aún más profundos que parten de una re-conceptualización amplia del proceso salud-enfermedad, con importantes implicaciones tanto en la atención como en la vigilancia en salud; a partir de los cuales se propone conducir la transformación del Sistema de Salud en sus diferentes componentes.

¿Cuáles son las claves para el impulso de esa nueva salud pública?

A lo largo de 10 años de experiencia en la implementación de *la Estrategia* en el primer nivel de atención, se logró identificar y poner en práctica un conjunto de claves significativas para romper con el paradigma dominante y avanzar paulatinamente hacia un nuevo accionar en el campo de la salud:

1. Pasar de un concepto único y limitado de salud, hacia una concepción incluyente del proceso de salud-enfermedad; asegurando coherencia entre el marco conceptual y el desarrollo programático, organizacional y operativo.

Generalmente el concepto de salud-enfermedad es concebido como uno solo aplicable a todas las sociedades por igual. Si bien éste ha ido evolucionando, lo que se encuentra mayoritariamente en la práctica de la salud pública es el dominio de la concepción del modelo médico hegemónico, la cual le da un mayor peso a lo biológico y a su causalidad, traduciéndose en el predominio de prácticas asistenciales y preventivas enfocadas únicamente al individuo.

Para superar esa visión limitada, *la Estrategia* se sustentó en un marco teórico que tomó antecedentes importantes de la producción académica en el campo de la salud pública, medicina social y antropología, realizándose una síntesis conceptual cuyo referente fue el contexto guatemalteco. El nuevo marco conceptual incluyó, entre otros, la concepción incluyente del proceso salud-enfermedad, la redefinición del primer nivel de atención, las cuatro perspectivas y los niveles de análisis-

acción para el trabajo en salud; constituyéndose en una guía que orientó permanentemente el desarrollo programático, organizacional y operativo, manteniendo así una coherencia dirigida a brindar una atención integral e incluyente.

La concepción incluyente define a la salud-enfermedad a partir de dos aspectos: su carácter procesal y su naturaleza multidimensional. Lo procesal significa que la salud-enfermedad no es algo estático sino en movimiento y constante cambio. Y lo multidimensional, se refiere a que está determinada no sólo por lo biológico sino además por factores sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, espirituales, energéticos y políticos –entre otros- que inciden sobre las personas y las colectividades.

Por otra parte, se reconoce que no hay una única noción de salud, sino más bien la existencia en paralelo y en constante retroalimentación de varios conceptos y prácticas; lo que cobra especial importancia al abrir paso al conocimiento y comprensión de diferentes lógicas y matrices socioculturales para entender la salud-enfermedad y a la validez de otros modelos de salud distintos del oficial. Ello debe traducirse en que las estructuras y actores del sistema oficial sean capaces de reconocer, aceptar, comprender y promover los modelos de salud maya, popular y de autoatención –entre otros- con miras a una articulación-complementación de diversos saberes y prácticas como uno de los rasgos fundamentales del Sistema de Salud.

2. Asegurar el cumplimiento de las prioridades nacionales, la atención integral y la vigilancia en salud, mediante la horizontalización de programas verticales y la integración de enfoques (promoción, prevención, curación y rehabilitación) en los niveles individual, familiar y comunitario.

En Guatemala la manera clásica de organizar las intervenciones en salud pública ha sido mediante intervenciones verticales centradas en enfermedades, grupos de población y formas de transmisión. Ello se ha traducido en la fragmentación de la atención a partir de una cantidad numerosa de

programas verticales que no cuentan con una estructura operativa viable, especialmente en el primer nivel de atención.

Si bien los programas verticales son sumamente importantes dado que tienen un rol clave en la definición de prioridades, así como en la formulación de lineamientos técnicos, normas y protocolos para estandarizar el diagnóstico, tratamiento, medidas de prevención y promoción de problemas específicos; suelen centrar sus intervenciones en el individuo, lo que resulta insuficiente para aplicar los enfoques de promoción y prevención. La

experiencia ha evidenciado que si no se diseñan explícitamente un conjunto de acciones dirigidas a los niveles familiar y comunitario, no se logra concretar tales enfoques.

De ahí que en *la Estrategia* se optó por la horizontalización, definida como la forma de operacionalizar las prioridades y normas de los programas nacionales de salud y protocolos de vigilancia epidemiológica en las unidades de atención directa, tomando en cuenta la integralidad de la atención. Un ejemplo de horizontalización se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2: EJEMPLO DE HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA POR NIVEL DE ANÁLISIS-ACCIÓN PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

META/PRIORIDAD	INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIO
Atención integral de la Violencia Basada en Género (VBG) y Violencia Intrafamiliar (VIF)	Identificación y atención clínica de VBG y VIF	Vigilancia activa y captación de casos de VBG y VIF en Visita Familiar Integral	Vigilancia y captación de casos por fuente indirecta o rumor comunitario
	Referencia a médico/a del EAPAS para evaluación integral.	Consejería de primera respuesta, información sobre denuncia y oferta de referencia	Trabajo educativo-preventivo sobre género y violencia con grupos de jóvenes
	Referencia a Programa Familiar para seguimiento	Visita de seguimiento familiar inmediata (antes de 8 días) para dialogar plan y compromisos familiares	Abordaje de violencia en salas situacionales con COCODES
	Referencia a otro nivel o institución específica para atención psicosocial y/o seguimiento legal (según el caso)	Registro, notificación y seguimiento como caso especial familiar (En reunión de vigilancia semanal)	Análisis, seguimiento y coordinación con terapeutas mayas y populares y abuelas comadronas
	Registro, notificación y seguimiento como caso especial individual (En reunión de vigilancia semanal)	Registro, notificación y seguimiento como caso especial familiar (En reunión de vigilancia semanal)	
		Visitas familiares de seguimiento según el caso.	

Por otra parte, *la Estrategia* programática-operativa, basada en los tres niveles de análisis-acción (comunitario, familiar e individual), ha permitido que se concreten acciones de prevención y promoción que no hubieran sido posibles de haberse mantenido solamente un enfoque individual centrado en los ciclos de vida.

En otras palabras, *la Estrategia* ha contribuido al logro de las prioridades programáticas del MSPAS, pero no solamente a partir de la suma de acciones

y prioridades verticales, sino desde un abordaje integral que permite identificar cuáles son las acciones de atención y vigilancia que deben ejecutarse de manera integrada en los niveles comunitario, familiar e individual.

Por ejemplo, el programa familiar logra concentrar en una sola táctica operativa (la visita familiar integral), un conjunto de medidas priorizadas por el MSPAS con relación a diferentes programas de salud, así como el componente de vigilancia epide-

miológica activa; y además, permite aproximarse a un diagnóstico familiar y a un plan de acción para cada familia según criterios de dispensarización. Esto ha llevado a la necesidad de desarrollar protocolos y guías de trabajo que ayuden al personal de salud a lograr dicha acción integral.

No está demás señalar que el abordaje por ciclos de vida también se fortalece, pues permite brindar una atención a las personas tomando en cuenta y accionando en las familias y comunidades a las que pertenecen. Esto proporciona al personal de salud una visión muy clara y contextualizada de la situación social, económica y sociocultural, entre otras, de la población que atiende.

3. Implementar una atención integral con enfoque de vigilancia en salud.

La forma en que se han configurado los servicios de salud en Guatemala no ha hecho posible la incorporación de una cultura de análisis y vigilancia en salud en los mismos. Tradicionalmente, la atención en salud ha sido entendida e impulsada desde el enfoque curativo, centrado en el motivo de consulta y en menor medida se han brindado algunas atenciones preventivas a nivel individual. La vigilancia en salud está desvinculada de las actividades de atención, lo que se traduce en la inoperancia del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y el incumplimiento de sus protocolos.

En *la Estrategia* las diferentes acciones de vigilancia en salud se encuentran integradas a las actividades de atención regular en lo programático operativo y son desarrolladas sistemáticamente por los equipos de trabajo del primer nivel de atención. Dicha integración favorece el fortalecimiento gradual de competencias por parte del personal en aquellas acciones que tienen que ver con la identificación de casos o eventos, su notificación y ruta de actuación.

Dado que con la horizontalización se identifican las acciones que deben ser realizadas en los niveles individual, familiar y comunitario, se desarrollan actividades sistemáticas de vigilancia sociocultural que van contribuyendo a fomentar el

análisis y la toma de decisiones. Por ejemplo: a nivel individual están normadas acciones de vigilancia pasiva de eventos priorizados mientras que en el nivel familiar se desarrolla el componente de vigilancia activa. Por su parte, la fuente de información comunitaria (incluido el rumor) también es de suma importancia para la vigilancia en salud. La información relevante surgida diariamente en estos niveles es analizada en las reuniones semanales de vigilancia, y si se trata de casos específicos de personas, familias o comunidades, se deberán tomar decisiones sobre pautas de intervención. Un momento más amplio de análisis se verifica en la reunión mensual y los análisis de situación de salud anuales.

Esta modalidad de trabajo implica la formación de competencias de los equipos locales de salud en el enfoque poblacional y de riesgo de la epidemiología y en las definiciones de caso normadas en los protocolos nacionales de vigilancia epidemiológica.

4. Pasar del énfasis materno-infantil, intervenciones puntuales y modalidades ambulatorias; hacia la universalidad y continuidad de la atención, tanto para el cumplimiento del derecho a la salud como de prioridades específicas.

La Estrategia ha garantizado la cobertura y acceso equitativo de todos los ciclos de vida mediante la organización del primer nivel en sectores y territorios cubiertos por puestos de salud a cargo de equipos de trabajo remunerados, los cuales laboran a tiempo completo para brindar atención continua intra y extramuros; así como con el desarrollo de una atención integral e incluyente en lo individual, familiar y comunitario.

Adicionalmente, desde la atención integral y universal se responde satisfactoriamente a las prioridades nacionales de salud sobre reducción de la mortalidad materna y neonatal. Esta estrategia ha probado ser efectiva en la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil por diarrea, gracias a la articulación real que logra con las personas, familias, abuelas comadronas y otros actores comunitarios. También se logra la atención

de niños y niñas con desnutrición a partir de una identificación y seguimiento oportuno de casos agudos y crónicos, mediante acciones de prevención según normas nacionales, así como a partir de la identificación y seguimiento de riesgos familiares relacionados con la alimentación mediante la visita familiar integral.

5. Implementar mecanismos operativos que aseguren el diálogo, la articulación y la complementación de saberes y prácticas entre el modelo biomédico y los modelos maya, popular y de autoatención.

El Sistema Público de salud actualmente se encuentra anclado al modelo médico hegemónico (mejor conocido como modelo biomédico o biomedicina). Si bien se han dado algunos pasos para el reconocimiento de otros modelos de salud que han coexistido en la subalternidad, se carece de un planteamiento claro sobre el tipo de relacionamiento que debe existir entre los diferentes modelos.

La apuesta de *la Estrategia*, es que el modelo biomédico sea complementado y enriquecido con modelos alternativos subordinados como el maya-popular y el modelo de autoatención. Explicitar estos modelos como parte del sistema de salud permite mantener acciones dirigidas a favorecer su inclusión, salvando las dificultades históricas de falta de acercamiento y acceso cultural de la población al sistema, así como la discriminación en los servicios contra las capacidades y potencialidades de la población en el campo de la salud.

A largo de estos años, *la Estrategia* ha evidenciado que es posible una coordinación horizontal, respetuosa y de aprendizaje recíproco con las/os actores de los modelos maya y popular, mediante la cual se ha constatado tanto la vigencia de sus saberes y prácticas, como su importante contribución a la resolución de problemas de salud. Las principales actividades desarrolladas para ello son:

- Identificación de terapeutas mayas (entre ellos abuelas comadronas) y terapeutas populares; y elaboración de directorios por especialidad y sector.

- Intercambios trimestrales de experiencias con terapeutas mayas y terapeutas populares
- Intercambios mensuales de experiencias con abuelas comadronas.
- Sistema de referencia y respuesta con terapeutas mayas y populares. Desde la atención institucional se realiza la detección de casos sospechosos de enfermedades atendidas por el modelo maya y popular y se hace una referencia al terapeuta maya o popular que corresponda, según especialidad. Los casos son confirmados por estos terapeutas.
- Registro de acciones de atención realizadas por terapeutas mayas y populares a través de instrumento elaborado y validado con ellos(as).
- Atención a personas referidas por terapeutas maya-populares y abuelas comadronas, para la atención institucional.
- Atención clínica integral a terapeutas maya-populares y abuelas comadronas.

Por otra parte, *la Estrategia* tiene definidas acciones concretas para la incorporación de conocimientos de los modelos maya, popular y de autoatención; así como para su puesta en práctica en la vigilancia en salud, el diagnóstico, la terapéutica, la identificación de riesgos y factores protectores. Entre ellas:

- Formación y selección de personal de salud local, lo que favorece que comparta algunas lógicas socioculturales y puede brindar la atención en el mismo idioma.
- Indagar y registrar el motivo de consulta, el autodiagnóstico, y el camino del enfermo, y con las familias identificar las causas de muerte de un familiar.
- Guías de abordaje para la atención, así como hojas guía para la atención integral que incorporan opciones de tratamientos naturales, así como orientación y consejería tomando en cuenta el autodiagnóstico y otras lógicas socioculturales.

- Identificación de riesgos familiares vinculados con la autoatención y de aspectos psicosociales.
- Participación de la familia para la construcción y activación de los Planes de Emergencia Familiar.
- Protocolos para la detección, registro y vigilancia epidemiológica de enfermedades atendidas por el modelo maya y popular.
- Trabajo de apoyo a los grupos comunitarios de acuerdo a las lógicas, dinámicas y organizaciones comunitarias existentes.
- Huertos demostrativos de plantas medicinales en todos los Puestos de Salud según normas del MSPAS.

6. Impulsar las perspectivas del derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente como principios para la acción.

Las perspectivas de derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente suelen estar presentes en apartados conceptuales o considerativos de documentos de política y programáticos, algunas veces desde enfoques restringidos y otras desde visiones más abarcadoras, pero sin lograr en la mayor parte de los casos, un desarrollo a nivel operativo instrumental.

En *la Estrategia* de fortalecimiento institucional de primer nivel, el desarrollo transversal de las perspectivas en diferentes componentes como *la Estrategia* programática, el ciclo administrativo, y el clima organizacional, ha provocado que los equipos de trabajo encuentren sentido a lo que éstas postulan y las asuman como principios para la acción tanto internamente como en la relación con la población a la que se le brinda atención en salud.

A ciertas resistencias iniciales les han sucedido cambios de actitud que son de relevancia para el clima organizacional, la integralidad, la calidad y la calidez de la atención en salud. Para el caso de la perspectiva de género y la pertinencia intercultural, se ha transitado progresivamente a relaciones más equitativas y de respeto dentro

del personal, y se ha generado compromiso, confianza y cercanía con la población. Entre algunos ejemplos relevantes de operacionalización de las perspectivas tenemos:

- Normas de género, pertinencia intercultural y medio ambiente que deben ser aplicadas por los equipos de trabajo tanto a lo interno del MSPAS como en el desarrollo de las actividades sanitarias con la población.
- Guías de atención a nivel individual, familiar y comunitario que incluyen competencias específicas relacionadas con las perspectivas para ser aplicadas en la consulta, la visita familiar y/o la actividad comunitaria.
- Monitoreo y análisis de indicadores relacionados con el derecho a la salud, género y pertinencia cultural y evaluación del cumplimiento de normas sobre dichas perspectivas.

7. Suprimir el enfoque instrumental de participación que traslada responsabilidades y costos a la población, para impulsar la articulación del ámbito institucional y comunitario con pertinencia, en apoyo a la organización comunitaria.

En Guatemala y otros países de la región, y debido a políticas de focalización hacia la población pobre y rural, se han impulsado en el campo de la salud intervenciones limitadas a paquetes mínimos de servicios de bajo costo, para los cuales se ha recurrido a un voluntariado comunitario sobre el que recaen acciones sanitarias, justificando esta situación como una modalidad de participación comunitaria o como una forma de evitar el paternalismo estatal.

Dado que es el Estado el responsable de garantizar el derecho a la salud y a que la metas sanitarias no pueden ni deben depender de personas de la comunidad a quienes se le están trasladando costos en forma indirecta; se considera que la participación comunitaria no debe consistir en normar la participación colaborativa de la población con los servicios de salud.

Uno de los aspectos sobresalientes de *la Estrategia* es la importancia de la equidad en las relaciones institucionales con las personas, familias y comunidades. Hacer la diferenciación del ámbito institucional y del ámbito comunitario, con sus especificidades propias, así como implementar las perspectivas de interculturalidad y género de acuerdo al contexto, han permitido un acercamiento progresivo a las lógicas de pensamiento y acción de la población con la que se trabaja.

Se ha impulsado el respeto y la consideración sobre la validez e importancia del conocimiento maya-popular local. Esto ha significado que las autoridades, líderes, terapeutas, comités y consejos locales perciban la buena voluntad del personal de los pilotajes; su respuesta no se ha hecho esperar, al hacer suyo el trabajo de salud que se realiza.

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

La sinergia del conjunto de este tipo de acciones ha permitido cosechar a lo largo de los años una relación pertinente con las comunidades. Este proceso paulatino de reconocimiento mutuo, es la clave para lograr la participación plena de la comunidad en aspectos preventivos y de promoción de la salud.

Complementario al punto anterior, está el tema clave de mantener un flujo e intercambio de información suficiente para que los líderes, organizaciones y consejos comunitarios conozcan el proceso de trabajo que se realiza en el primer nivel de atención. Este proceso se inicia desde las primeras fases de trabajo en las comunidades donde se lle-

va la atención en salud. Tomarse el tiempo para la inducción resulta altamente útil pues se genera una relación que facilita el trabajo institucional y empodera el trabajo comunitario.

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

8. Asegurar el trabajo en equipo y polifuncionalismo como claves para la integralidad y calidad de la atención.

El trabajo en equipo y el polifuncionalismo son la clave para el éxito de acciones integradoras y de calidad en la atención brindadas en *la Estrategia*, además de generar un fuerte compromiso por parte del personal. El trabajo en equipo se observa y mantiene en los diferentes niveles de funcionamiento (ECOS, EAPAS). El polifuncionalismo puede ser variable según el nivel, siendo mayor en los ECOS y en menor medida en los EAPAS, como responsables de sector y por los énfasis para la conducción de los programas.

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

9. Impulsar un cambio de enfoque en la gestión y formación del personal.

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

Desde el punto de vista del contenido y la metodologías de formación de personal, los programas deben seguir superando los enfoques biologicista, reduccionista y focalizado de la salud. Se requiere el abordaje de concepciones más amplias para el entendimiento de múltiples modelos de salud, de la transdisciplina, los enfoques poblacionales e integrales, el trabajo en equipo y el polifuncionalismo, en un contexto de integración programática operativa. Asimismo, esta formación debe establecer las bases para una relación horizontal con la población, reconociendo su diversidad e inequidades genéricas y étnicas, entre otras. Especialmente dar cuenta de la dinámica de la población y la importancia de comprender sus lógicas de concebir y actuar sobre sus problemas, riesgos y condicionantes de la salud, en los niveles individuales, familiares y colectivos.

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

10. Asegurar el cumplimiento del ciclo de la vigilancia sociocultural de la salud: recolección, análisis, acción y evaluación.

El concepto de vigilancia sociocultural de la salud implica una visión más amplia y compleja que lo que tradicionalmente se concibe desde la epidemiología clásica. En la implementación de *la Estrategia* se ha logrado aplicar de dos maneras. La primera de ellas está vinculada a un análisis que involucra dimensiones sociales, de género y culturales que generalmente no se toman en consideración para los problemas biomédicos de la salud pública; también, abre la visión a procesos como la autoatención u otros riesgos familiares, o a la atención de problemas no considerados prioritarios dentro de la salud pública, como por ejemplo el dolor de cabeza o problemas osteomusculares en las mujeres.

El segundo, es el acercamiento a la epidemiología de las enfermedades específicas reconocidas y atendidas por otros modelos de salud, como sería el caso del análisis cualitativo y posteriormente cuantitativo de las enfermedades atendidas por el modelo maya y popular. Esta perspectiva epidemiológica, sumada a una oferta sostenida y atención a la demanda, genera el acercamiento de los servicios a la epidemiología local tantas veces planteada en los libros de texto de salud pública. Esto influye positivamente en diferentes procesos difíciles de enumerar pero relacionados con aspectos como la cobertura, el acceso, la calidad y la pertinencia de la atención.

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

La Estrategia cumple con la normativa vigente del MSPAS para la vigilancia de enfermedades transmisibles, instrumentos básicos del MSPAS para la sala situacional y los formatos para las autopsias verbales de mujeres en edad fértil y muerte materna, e introduce elementos adicionales tales como los protocolos de vigilancia de enfermedades atendidas por el modelo maya y popular, los instrumentos de vigilancia de riesgos en embarazadas, puérperas y recién nacidos mediante visitas domiciliarias, así como los instrumentos para la investigación de muertes en menores de 5 años y en población general.

Asimismo, incorpora un proceso de análisis de la información generada por los servicios de salud del primer nivel retroalimentando al personal en aspectos positivos y negativos identificados en términos de la clasificación y codificación de casos, la identificación de causas y consecuencias de la situación encontrada, cumplimiento de normas y calidad de atención, lo que permite la mejora continua de la calidad del dato registrado y especialmente, la calidad del análisis realizado. Ello favorece el desarrollo de una cultura analítica y de uso de la información para la planificación y ejecución de intervenciones en el corto, mediano y largo plazo, en el espacio y por el personal que se genera.

Entre las actividades que están normadas para el cumplimiento del ciclo de la vigilancia están:

- Reunión de vigilancia semanal de casos de desnutrición, casos especiales (incluyendo psicosociales), mortalidad y enfermedades de notificación obligatoria (incluyendo enfermedades atendidas por el modelo maya y popular como el “malhecho” y el “ojeado” que están asociadas a una alta mortalidad).
- Análisis periódicos de sala situacional de salud en ECOS, EAPAS, con terapeutas mayas, terapeutas populares y abuelas comadronas, así como con los COCODES, para abordar morbilidad prioritaria, enfermedades maya-populares, mortalidad, riesgos familiares y el desempeño.
- Análisis de Situación de Salud (ASIS) cada año, para revisar morbilidad y enfermedades maya-populares, mortalidad, riesgos familiares, producción de los servicios y la evaluación de estrategias.

El ciclo de la vigilancia se cierra con la devolución y divulgación de dicha información a la comunidad representada en sus líderes y organizaciones a través de Salas Situacionales y actividades de socialización. El sistema de vigilancia sociocultural de la salud aporta de manera importante a la gestión del primer nivel de atención en salud al recolectar, procesar y analizar la información para la toma de decisiones y definición de estrategias, así como para evaluar la efectividad de las acciones.

11. Contar con un subsistema de información del Sistema de Información gerencial en salud –SIGSA- que facilite el análisis y procesamiento de datos para la gestión local del primer nivel de atención.

El sistema de información concebido como herramienta fundamental y medio para la vigilancia sociocultural y la gestión del primer nivel, ha sido desarrollado con el propósito de responder a los diferentes niveles operativos y gerenciales del MSPAS, a través de un mecanismo de interoperabilidad mediante el cual se incorpora como un subsistema del SIGSA.

El subsistema cuenta con módulos que integran la información desde la ubicación en el croquis de las personas, las familias y la comunidad, los casos y eventos que son prioridades epidemiológicas y de los programas, hasta permitir el uso de la información de la población a partir de su ingreso con el nacimiento (SIGSA 1), dando seguimiento a lo largo de su vida con su historial clínico, familiar y comunitario y su inactivación por defunción o traslado a otra localidad.

Cuenta con reportes dinámicos y de generación automática que facilita al personal su uso en el análisis, con la posibilidad de cruces de variables mediante cubos de información, lo que lo

constituye en una herramienta gerencial que responde a las necesidades de información desde el nivel operativo al político, respetando los formatos definidos por el SIGSA. Se desarrolla en una plataforma virtual y software que no requieren licenciamiento y es factible de utilizar tanto en lugares con conectividad permanente como donde ésta es temporal o inexistente.

El desarrollo de este subsistema permite conocer de manera periódica y flexible la situación de salud de la población y de la producción de servicios, por lo que resulta una gran herramienta gerencial para el primer nivel. La experiencia con la implementación de *la Estrategia* indica que se requieren de grandes esfuerzos técnicos para desarrollar un sistema de información de estas características, pero a cambio se obtienen grandes beneficios al facilitar las decisiones y evaluación de la atención y la gestión.

12. Asegurar la eficiencia del gasto público en salud y la reducción del gasto de bolsillo de las familias.

El debate por el financiamiento del sistema de salud guatemalteco abarca el tema de elevar la cantidad y calidad del gasto público en salud. Los estudios de Cuentas Nacionales¹ reportan un incremento sostenido del gasto en salud a expensas del gasto de bolsillo de los hogares que, por un lado, es altamente ineficiente al dirigirse a la curación (gastos hospitalarios, consultas, exámenes y medicamentos); y por otro es sumamente inequitativo para las familias con poca o nula capacidad de pago.

La Estrategia se plantea como una inversión de calidad debido a la sostenibilidad técnica y social

lograda, así como por los resultados y beneficios obtenidos, constituyéndose en un modelo para atender efectivamente a la población. Un resultado importante es haber logrado una inversión eficiente al reducir el gasto de bolsillo de las familias y contribuir a la mejora de su estado de salud, mediante la generación de importantes servicios de promoción y prevención, así como la provisión de una fuerte atención curativa sin barreras económicas, culturales o geográficas entre otras.

Los principales argumentos a favor de la inversión en *la Estrategia* son:

- Genera resultados por arriba de los estándares nacionales y beneficios amplios de salud a la población.
- La inversión se distribuye principalmente en servicios finales (a través de los tres programas y de los equipos comunitarios de primer nivel con los que se atiende a la población), y servicios intermedios como capacitación, supervisión, logística, mantenimiento y vigilancia en salud (especialmente a cargo de los niveles distritales).
- Al generarse una cobertura y acceso efectivos y equitativos a una atención integral, la demanda de servicios al segundo y tercer nivel se modifican, permitiendo racionalizar y hacer eficientes los recursos en esos niveles para las atenciones de los problemas de salud a los cuales están destinados. En general, un primer nivel de atención adecuadamente fortalecido, se constituye en el mejor fundamento para un sistema de salud que busca alcanzar metas sanitarias utilizando el financiamiento disponible de la manera más óptima posible.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. MSPAS (2005). Tercer Informe. Situación de la salud y su financiamiento, periodo 1999- 2003.

Capítulo 1

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención: una reseña general

El presente capítulo tiene como finalidad introducir de forma general a *la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención*, sus antecedentes, conceptos básicos y lineamientos operativos generales.

I. Antecedentes

Nuestro país padece grandes problemas de salud que se explican por nuestra historia de discriminación, pobreza² y desigualdad social. El sistema de salud del país tiene grandes dificultades para brindar una atención en salud adecuada a sus necesidades y acorde a sus características socioeconómicas y culturales particulares.

Dentro de las limitaciones del sistema de salud está la debilidad de instituciones que se dedican al trabajo en salud, especialmente de instituciones estatales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Aun cuando se han impulsado diferentes iniciativas para fortalecer los servicios públicos de salud, los esfuerzos no han logrado su objetivo. Si bien hay una escasez importante de recursos financieros, existen otros problemas como la forma en que se comprende la salud-enfermedad, la forma en que se organiza la atención, la formación y gestión del personal de salud, la generación de información y conocimiento, y la administración de otros recursos.

A raíz de lo anterior, y con el objetivo de aportar a la transformación del sistema de salud de Guate-

mala, la Instancia Nacional de Salud³ (INS) publica en el año 2002 el documento “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–”. Este documento es el resultado de una investigación participativa y transdisciplinaria que duró dos años, y en él se presenta el Modelo Incluyente en Salud (MIS) como propuesta para fortalecer el primer nivel de atención en salud. Es de particular interés el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que la transformación de su primer nivel de atención en salud puede generar cambios positivos en el resto del sistema público de salud.

Con la intención de validar el MIS, a partir del año 2003 se implementa el modelo en dos lugares a los que se les ha llamado proyectos piloto: (a) la Boca Costa de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá, en el departamento de Sololá, y (b) en el municipio de San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango. La implementación se ha realizado a través de organizaciones locales, contando con el apoyo financiero de organismos internacionales de cooperación⁴, y en relación constante con el MSPAS, tanto con el nivel central como con los niveles operativos locales. (4)

² Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), para el año 2006 el 51% de la población guatemalteca era pobre. Se consideró pobres a aquellas personas cuyo consumo estuviera por debajo del valor de la línea de pobreza general, estimada en Q. 6,574.00 quetzales por persona al año.

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

En el MIS se revisan conceptos e ideas sobre la salud y la atención, se proponen cambios de mentalidad y maneras diferentes de organizar la atención, asignar los recursos y coordinarse con la población. Llevado a la práctica, el modelo ha tenido resultados importantes en la población con la que se trabaja, entre los que se puede mencionar: la atención a todos los ciclos de vida en el idioma local, logro de las metas de atención de grupos prioritarios, acciones preventivas y de promoción con familias y organizaciones comunitarias, vidas salvadas, y tendencias favorables en la reducción de muertes maternas y de muertes por diarrea en niños(as) menores de 5 años. (4)

Además de los logros obtenidos en la atención en salud, existen otros aportes generados en el desarrollo del MIS en áreas como investigación e información, formación de personal en salud, vigilancia epidemiológica y análisis sobre el sistema de salud. En los esfuerzos por contribuir a un mejor sistema de salud el MIS es una fuente de experiencias que deben compartirse con el MSPAS y otras organizaciones académicas, sociales, políticas, públicas y privadas, nacionales e internacionales. (4)

En el 2008, el MIS fue presentado en diferentes espacios, especialmente a autoridades y niveles técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y a la Comisión Interinstitucional de Cohesión Social de la administración 2008-2012, siendo bien recibido como una propuesta con fortaleza técnica, viable y factible para ser implementado gradualmente en municipios priorizados. Fueron varias las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) en las que se generó un fuerte interés por el MIS, destacándose la motivación de Baja Verapaz y Zacapa, con las que se llevaron a cabo los ejercicios de sectorización, establecimientos de brechas, planes técnicos y financieros, para estimar los recursos necesarios para su implementación.

A lo largo del 2009 y 2010, se continuaron las negociaciones con el MSPAS y el cabildeo con organizaciones e instituciones del sector salud, nacionales e internacionales. Producto de ello, a finales del 2010 el Ministerio de Salud aprueba la sostenibilidad mediante fondos públicos de los pilotajes históricos de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, y Guineales, en la Boca Costa de Sololá, por lo que en julio de 2011 se concreta el proceso de transferencia de los mismos al MSPAS.

En ese mismo año, se impulsó la implementación del MIS en los Distritos Municipales de Salud (DMS) de Cuilco, en Huehuetenango; Cubulco y Rabinal, en Baja Verapaz; y La Unión, en Zacapa. Mientras que en 2012 nuevos DMS comienzan a integrarse al proceso. A partir de su institucionalización en el MSPAS, el MIS se transforma en **la Estrategia de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud**, en adelante *la Estrategia*, por lo que en este y otros documentos técnicos se utiliza esta denominación.

II Puntos de partida de la Estrategia: conceptos y reflexiones

Tanto en su formulación como en su implementación, *la Estrategia* ha buscado romper con ideas y enfoques tradicionales, y a partir de nuevas reflexiones teóricas propone un pensamiento distinto alrededor de la salud y la atención. Se ha logrado construir una base conceptual que ha orientado las estrategias y acciones operativas, manteniendo una coherencia entre ellas para brindar una atención integral e incluyente.

Dentro de esta base teórica se incluye, entre otros, un concepto multidimensional de la salud-enfermedad, una redefinición de qué es el primer nivel de atención, las perspectivas y los niveles de análisis-acción para el trabajo de salud. (1)

4- Para el proyecto piloto de San Juan Ostuncalco se contó en un inicio con la participación de la Asociación PIES de Occidente, y después quedó a cargo de la Asociación IDEI. En el caso de la Boca Costa, el proyecto piloto fue implementado por la Clínica Maxeña y posteriormente asumido por el Instituto de Salud Incluyente (ISIS). Los proyectos piloto han contado con el apoyo y el financiamiento de Medicus Mundi Navarra, CORDAID, la Unión Europea (UE), el Gobierno de Navarra y otros ayuntamientos.

A. Una concepción incluyente del proceso salud-enfermedad

La forma en que se comprende la salud-enfermedad es fundamental para definir nuestras acciones. Si la salud-enfermedad se asume como una condición biológica, limitada a nuestro cuerpo, es muy probable que nuestras acciones estén dirigidas a los aspectos biológicos de nuestros cuerpos. Por otro lado, si la salud-enfermedad se comprende de manera más amplia y compleja, es muy posible que nuestras intervenciones se amplíen a otros aspectos que consideramos importantes para la salud.

En el sistema de salud del país, es posible identificar un predominio de conceptos biológicos e individualistas de la salud-enfermedad, y que se refleja en servicios de salud dedicados a curar enfermedades ya presentes a nivel individual. Aun cuando se impulsan algunas acciones para prevenir enfermedades o para promover la salud, por lo general son muy limitadas a acciones de educación para influir en estilos de vida; raras veces se toman en cuenta aspectos sociales que condicionan o determinan la salud-enfermedad. (1)

En *la Estrategia* hay algunos elementos básicos que deben tomarse en cuenta para entender la salud-enfermedad. Se inicia planteando la salud-enfermedad como un proceso. La salud-enfermedad no es algo estático -como un estado que se alcanza o se pierde-, más bien es dinámica en las personas y colectividades, y en ella participan muchos factores: sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos, políticos, espirituales y energéticos —además de los biológicos— teniendo algunos mayor influencia que otros. Estas ideas más amplias sobre la salud-enfermedad conllevan, por lo tanto, acciones que toman en cuenta o se realizan en los ámbitos sociales, económicos, culturales, geográficos, políticos, psicológicos, espirituales, energéticos y biológicos. (1)

En sus fundamentos, *la Estrategia* reconoce que, aun cuando en esta sociedad hay un concepto biológico predominante sobre la salud-enfermedad, las personas, familias y comunidades atienden sus problemas de salud de una manera diversa, de-

pendiendo de cómo se manejan los factores mencionados en el párrafo anterior. En otras palabras, si con nuestra diversidad cultural hay diferentes formas de entender el mundo, pues también hay diferentes formas de comprender y explicar la salud-enfermedad. Por ejemplo, un hombre q'eqchi', adulto mayor, viudo, evangélico, con escolaridad de estudios superiores, que vive en un área urbana y trabaja en comercio, tendrá una forma de entender y de atender su salud-enfermedad diferente de una mujer q'eqchi', joven, casada, madre, católica, con un nivel escolar primario, que vive en un área rural y se dedica a labores domésticas y agrícolas.

Que existan muchas ideas sobre qué es la salud-enfermedad significa que hay diferentes abordajes y prácticas de atención, incluso hay enfermedades distintas. A modo de ilustración pueden mencionarse el empacho o el ojeado, que pueden tener un origen asociado a desequilibrios energéticos, pero que no se comprenden ni se reconocen desde la biomedicina. En el momento que un niño o niña padece uno de estos problemas de salud, un médico no es capaz de diagnosticarlos ni tratarlos, pero existen terapeutas locales o comunitarios a los que acude la población y que resuelven efectivamente este otro tipo de problemas.

También debe reconocerse que existen transacciones permanentes entre las diferentes concepciones y prácticas de salud (también son dinámicas y cambiantes). Se observa, por ejemplo, que las plantas medicinales utilizadas en modelos alternativos han sido adoptadas más recientemente por parte de la medicina occidental; a la vez, se observan terapeutas mayas y terapeutas populares que utilizan medicamentos antibióticos en sus prácticas. Ahora bien, un mismo recurso terapéutico puede tener significados distintos para cada terapeuta y ser utilizado por diferentes razones. (1)

Manejar una concepción multidimensional de la salud implica que se tomen en cuenta los conocimientos, saberes y prácticas de la población. A la vez, debe reflexionarse sobre cómo un sistema de salud debe incluir y articular, en la atención de salud, esas formas diferentes de enfermar y accionar. Estas implicaciones son parte de lo que intenta trabajarse desde el Modelo Incluyente en Salud. (1)

B. Las perspectivas de *la Estrategia*

La Estrategia se ha desarrollado a partir de cuatro perspectivas fundamentales:

1. **Derecho a la salud.** Asumir la salud como un derecho pasa por reconocer que el Estado tiene la obligación de generar condiciones sociales para que la población goce del mejor nivel posible de salud, así como garantizar la atención integral, universal y de calidad a la población. Asimismo, esta perspectiva orienta a promover la ciudadanía social, apoyando el papel activo de la población en la toma de decisiones sobre políticas de salud y la auditoría social. (1,2)
2. **Perspectiva de género.** Se reconoce que la sociedad construye roles, mandatos y prohibiciones para hombres y mujeres, generando relaciones desiguales y de discriminación, especialmente contra las mujeres. Las construcciones sociales de género condicionan y determinan la salud-enfermedad de hombres y mujeres, afectándoles de forma diferenciada. La perspectiva de género ayuda a comprender cómo viven, enferman y mueren los hombres y las mujeres, orientándose a atender sus necesidades específicas de salud. Al mismo tiempo, se propone transformar las relaciones que producen desigualdades entre géneros. (1,2)
3. **Pertinencia intercultural.** A partir de esta perspectiva, desde *la Estrategia* se comprende que los aspectos sociales y culturales también determinan el proceso de salud-enfermedad. Reconoce además la diversidad de terapeutas, conceptos, saberes, recursos y prácticas, en sa-

lud en las personas, familias y comunidades, y plantea mecanismos para articularlos y brindar una atención más efectiva. (1,2)

4. **Medio ambiente-Madre Naturaleza.** La forma como se utilizan, conservan y protegen los recursos naturales depende de cómo se entiende la relación de la humanidad con la naturaleza. Desde *la Estrategia* se propone construir una visión holística y biocéntrica. Esto significa reconocer la interdependencia entre todos los seres y elementos de la naturaleza, ésta no debe verse como fuente de recursos al servicio del ser humano, más bien entender al ser humano como parte de la naturaleza y respetarla por derecho propio. (1, 3)

Las primeras tres perspectivas se formularon desde el inicio, mientras que la última se construyó y desarrolló posteriormente.

Todas las perspectivas han tenido un planteamiento conceptual, pero en la implementación de *la Estrategia* ha sido necesario crear mecanismos para que puedan llevarse a la práctica. Las perspectivas están presentes en las decisiones estratégicas, programáticas, tácticas y operativas, y para poder ponerlas en práctica ha sido necesario elaborar protocolos, guías de trabajo y abordaje, instrumentos de supervisión, indicadores y normas de clima organizacional.

En esta ocasión no se hará una revisión detenida de las perspectivas, ya que cada una de ellas es desarrollada en un documento específico en el que se da a conocer su planteamiento teórico, así como la manera en que se expresa en la práctica.

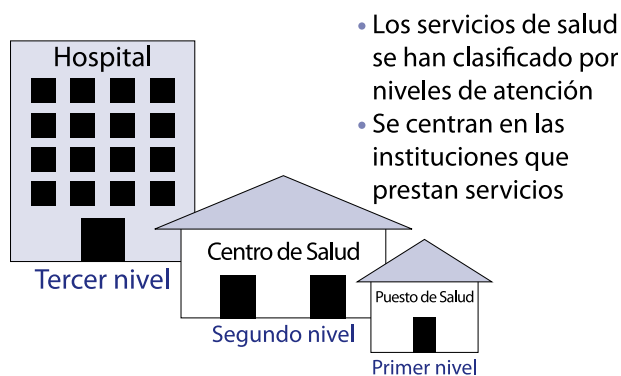
C. El primer nivel de atención en salud, clave para la transformación del sistema de salud

Como se dijo anteriormente, *la Estrategia* está orientada a fortalecer el primer nivel de atención, teniendo un interés especial en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La red de servicio del MSPAS está organizada por niveles de atención, de la siguiente manera (5):

Con la organización por niveles se espera que los problemas de salud más frecuentes y menos complejos sean atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención. Cuando el personal del primer nivel de atención se enfrenta a un problema más complejo, se activa el sistema de referencia y respuesta para que pueda atenderse en el segundo o tercer nivel. Si se reconoce que sobre el primer nivel debe recaer la mayor carga de atención en salud, entonces es necesario que se valore y asignen los recursos necesarios para tener este nivel fortalecido. Su transformación y mejora puede generar cambios positivos sobre el segundo y tercer niveles de atención, y sobre el sistema de salud en su conjunto. (1)

Si bien los niveles de atención sirven para organizar los servicios institucionales, en *la Estrategia* el primer nivel de atención va más allá del ámbito institucional. Se inicia por reconocer que las primeras acciones y respuestas en salud se realizan en las personas, las familias y las comunidades, y que son fuentes de saberes y prácticas efectivas. Por esto, el primer nivel de atención debe entenderse de manera más amplia, como la articulación de los conocimientos y las prácticas del ámbito institu-

Los niveles de atención



- Los servicios de salud se han clasificado por niveles de atención
- Se centran en las instituciones que prestan servicios

Figura No. 1. Niveles de atención en salud

cional y del ámbito comunitario local. Se trata de complementar los esfuerzos y las experiencias de promoción, prevención, curación y rehabilitación que realizan la institución y la comunidad, sin olvidar que la responsabilidad de brindar la atención es del ámbito institucional. (1, 2)

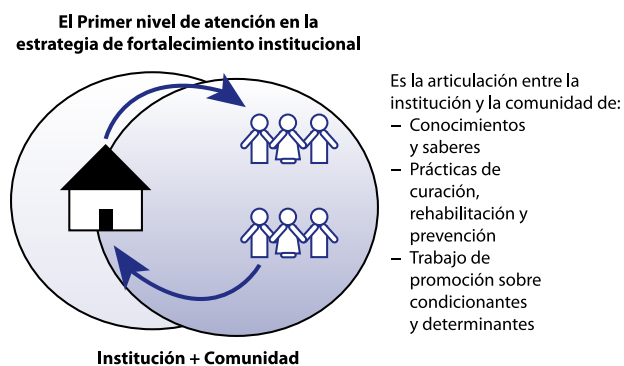


Figura No. 2. Concepto del primer nivel de atención en *la Estrategia*

Tabla No. 1
NIVELES DE ATENCIÓN Y TIPO DE ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS

NIVEL	TIPO DE ESTABLECIMIENTOS
Primer nivel de atención, servicios básicos de salud	Puesto de Salud y Centro Comunitario de Salud.
Segundo nivel de atención, servicios ampliados de salud	Centros de Salud, Centros de Atención Materno-Infantil, Hospitales Generales o Distritales, Clínicas Periféricas, entre otros.
Tercer nivel de atención, servicios de alta complejidad	Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados de Referencia Nacional.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Reglamento Orgánico Interno del MSPAS.

En esta articulación institución-comunidad es importante señalar que el ámbito institucional tiene una naturaleza diferente al ámbito comunitario. Por ejemplo, en el ámbito institucional pueden definirse normas, reglas y estándares, organizar actividades regulares, horarios y planificación, establecer competencias, obligaciones, jerarquías y salarios. (1)

Por su parte, el ámbito comunitario se refiere a un espacio poblacional local y que, además del aspecto geográfico, incluye relaciones y procesos epidemiológicos, demográficos, tecnológicos, económicos, sociales, culturales y políticos particulares. La idea de comunidad con la que se trabaja debe trascender esa percepción de que se trata de un grupo heterogéneo de personas, con intereses y valores comunes. En la realidad, la comunidad es un espacio compartido por actores y formas organizativas distintas, con población heterogénea y plural, con convergencias y divergencias. El trabajo en el ámbito comunitario se basa en la construcción de acuerdos, según intereses y relaciones de confianza. Las dinámicas diferentes que se desarrollan en un espacio institucional y en una comunidad deben ser tomadas en cuenta para generar acciones locales y estrategias adecuadas en salud. (1)

D. Niveles de análisis-acción para el trabajo en salud

Para poder implementar una atención integral y adecuada, *la Estrategia* reconoce tres niveles de análisis acción:

1. Individuo,
2. Familia y
3. Comunidad

Estos tres espacios nos permiten, en primer lugar, identificar los principales aspectos sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos que influyen en la salud-enfermedad. En segundo lugar, son espacios poblacionales en los cuales pueden impulsarse acciones y trabajo en salud. (1)

Otra característica de estos niveles de análisis-acción es la estrecha relación entre sí. Mientras que las personas forman parte de una familia, las fa-

milias están contenidas en las comunidades. Esto significa que las acciones de salud que se realizan en las personas tendrán influencia en las familias y comunidades, aquellas que se realicen con las familias beneficiarán a las personas y sobre la comunidad, y las que se realicen en las comunidades impactarán a familias y personas. (1)

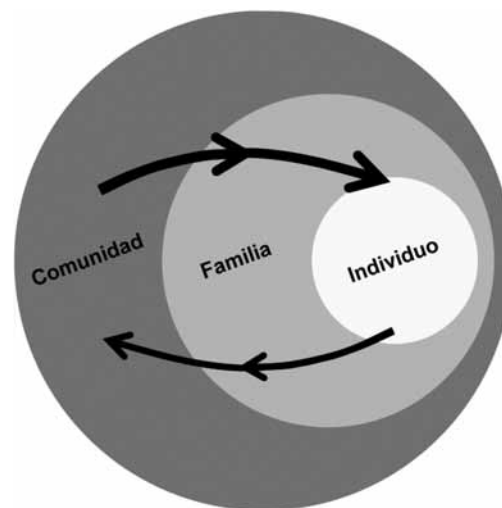


Figura No. 3. Niveles de análisis-acción de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

Es precisamente por lo anterior que las acciones de *la Estrategia* se organizan en programas de acuerdo a estos niveles de análisis-acción, como se verá más adelante.

III Componentes operativos de *la Estrategia*

Organizar un primer nivel de atención que facilite la articulación institucional-comunitaria, implica plantear procesos básicos de ordenamiento territorial, conformación de equipos operativos y de apoyo, un diseño programático para la atención integral, y los sistemas de información y de vigilancia sociocultural de la salud. Estos procesos son líneas generales de funcionamiento que han resultado clave para poner *la Estrategia* en la práctica y que permiten cumplir, además, con las normas y requerimientos del Ministerio de Salud. (1, 4)

A. La organización territorial y la asignación equitativa de recursos

Para definir la asignación equitativa de recursos como infraestructura, vehículos, insumos, equipo y el personal, el área de trabajo se ha dividido en:

1. **Sectores.** Un sector se refiere a un espacio geográfico del municipio o Distrito de Salud, compuesto por un grupo de comunidades. El sector se conforma a partir de criterios de accesibilidad, vías de comunicación, topografía del terreno, aspectos geográficos y climáticos, y población (número de habitantes y familias). En cada sector se ubica un puesto de salud y tiene asignado un Equipo Comunitario de Salud (ECOS).

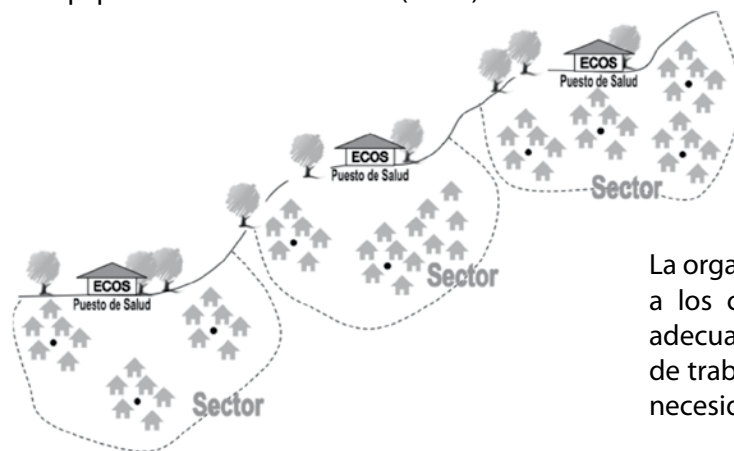


Figura No. 4.

Sectores en *la Estrategia* de fortalecimiento al primer nivel de atención

2. **Territorios.** Un territorio es el agrupamiento de tres a seis sectores del municipio o Distrito de Salud, al cual se le asigna un Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS), con su respectiva sede u oficina de trabajo. La cantidad de sectores de un territorio se establece tomando en cuenta la cercanía y accesibilidad entre sí, y aspectos como la dispersión, accidentes geográficos, vías de comunicación y topografía, de tal manera que el EAPAS asignado pueda cubrir

todo el territorio. Dependiendo del tamaño del municipio o Distrito de Salud, se pueden conformar uno o varios territorios.

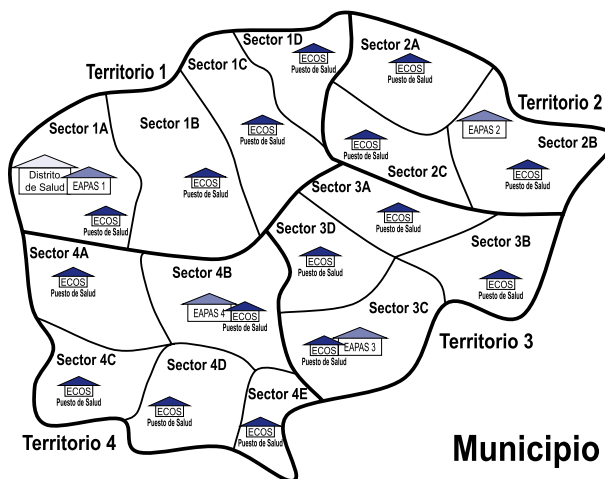


Figura No. 5. Territorios de *la Estrategia* de fortalecimiento al primer nivel de atención

La organización por sectores y territorios –en base a los criterios mencionados– permite distribuir adecuadamente la carga laboral entre los equipos de trabajo, ECOS y EAPAS, y adecuar la atención a necesidades locales.

B. Los equipos de trabajo

Para *la Estrategia*, el personal organizado por equipos ha sido un componente esencial en el desarrollo de la atención incluyente, integral y de calidad. Como se mencionó en líneas anteriores, los sectores y territorios cuentan con equipos de trabajo, siendo estos:

1. **Equipo Comunitario de Salud (ECOS).** Este es el equipo asignado a cada sector y puede estar integrado por dos a cuatro Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC)⁵, de ambos sexos, provenientes de las mismas comunidades o región,

⁵ En la implementación de *la Estrategia* en proyectos los (as) integrantes de los ECOS se denominaron Agentes de Salud Comunitaria (ASC). Este personal pasó por un proceso de formación intensiva, formación permanente y supervisión formativa, y fue acreditado posteriormente como Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC).

que brindan la atención en el idioma local, y están remunerados(as) a tiempo completo, e idealmente con prestaciones de ley. Los ECOS se consideran el nivel operativo de *la Estrategia*, ya que son los responsables directos de dar la atención en salud. (1, 4)

- Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS).** Para cada territorio, se cuenta con este equipo de apoyo, con funciones predominantemente de gestión y apoyo a los ECOS. Este equipo es multidisciplinario, idealmente de conformación mixta (hombres y mujeres) la mayoría de sus integrantes habla el idioma local y es personal remunerado a tiempo completo. Cada EAPAS está conformado por cinco o seis integrantes profesionales y técnicos de salud, que asumen responsabilidades y funciones para los programas (individual, familiar y comunitario) y para los sectores. Los EAPAS responden al(la) Coordinador(a) Municipal de Salud, y cuentan

con una sede u oficina de trabajo que puede estar ubicada en el Distrito de Salud o en otro inmueble, de acuerdo al acceso a los sectores que están a su cargo.

El trabajo que realiza el EAPAS favorece de forma significativa a los ECOS, pues les brinda apoyo técnico para consulta o referencia en la atención. Además, realiza junto con los ECOS actividades de planificación, supervisión y monitoreo, formación permanente, análisis de información y toma de decisiones en salud, así como para la gestión de los puestos de salud.

El trabajo en equipo brinda la posibilidad de cubrir cualquier ausencia del personal y de desarrollar estrategias de apoyo entre sectores y territorios. Además, facilita que las actividades sean coherentes entre sí y se logre dar una atención integral. Los EAPAS y ECOS son los elementos institucionales que se articulan con las organizaciones comunitarias como los Consejos

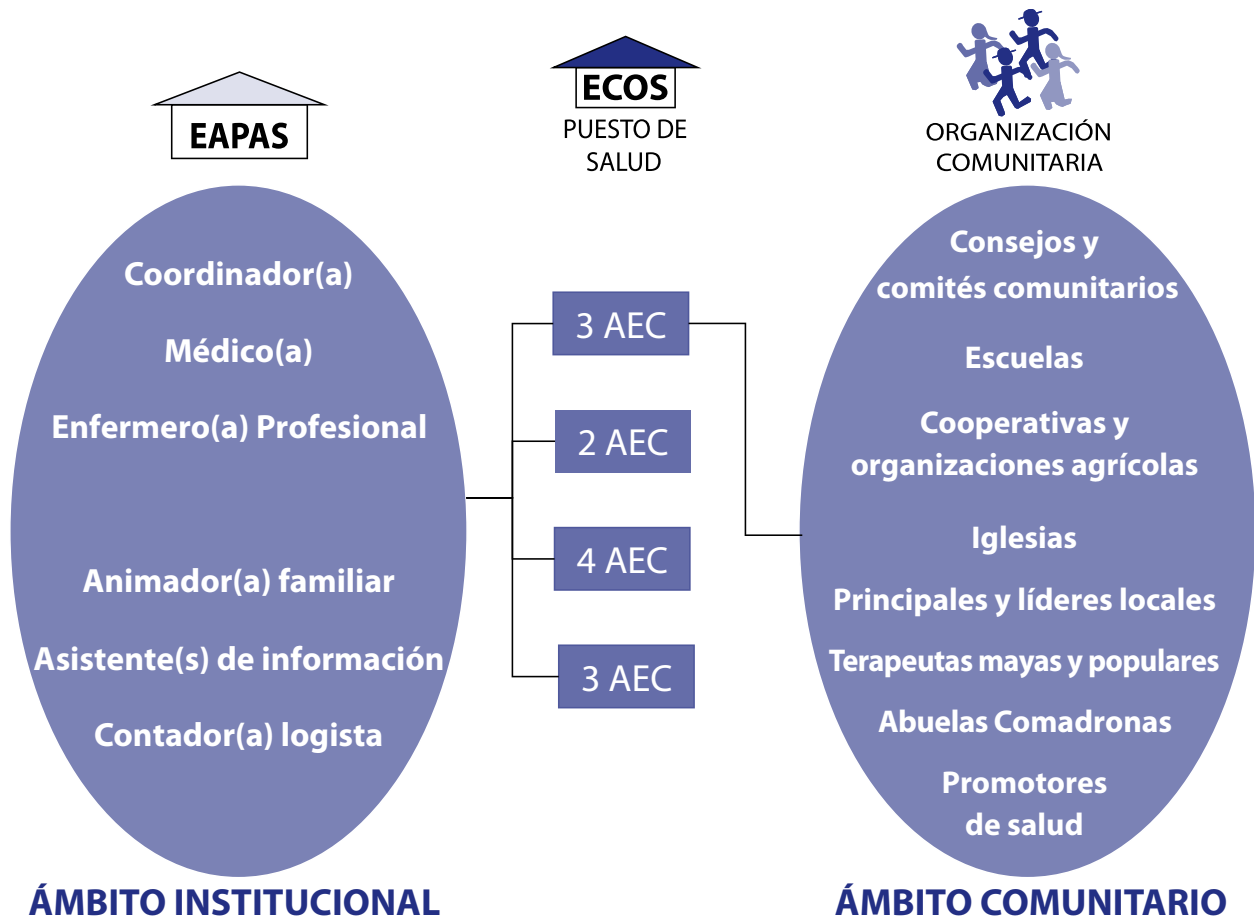


Figura No. 6. Actores del ámbito institucional y ámbito comunitario en *la Estrategia*

Comunitarios de Desarrollo (COCODES), terapeutas locales, escuelas, cooperativas, iglesias -entre otros-, conformando juntos el primer nivel de atención. (1, 4)

C. Los programas operativos y los subprogramas de la Estrategia

Los niveles de análisis-acción que se mencionaron son el punto de partida para ordenar las acciones de atención que se realizan en *la Estrategia*. De esta forma, el Modelo cuenta con:

1. Programa Comunitario de Salud (PCOS)
2. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)
3. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)

Estos programas permiten que la atención sea integral ya que en ellos se realizan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de forma complementaria. Las acciones de promoción de la salud son aquellas que aportan a mejorar las condiciones sociales, económicas y organizativas de la población, por lo que se observan especialmente en el PCOS, con las organizaciones comunitarias existentes. El trabajo de prevención de enfermedades que busca disminuir riesgos o fortalecer factores que protegen la salud, tiene un mayor acento en el PFAS. Por su parte, desde el PIAS se logra dar una atención curativa a través de la consulta clínica a las personas. (1, 4)



Figura No. 7. Atención integral a partir de los programas de *la Estrategia*

Para organizar las actividades, cada programa trabaja a partir de subprogramas que toman en cuenta los ciclos de vida: a) Infantil, b) Preescolar y escolar, c) Adolescente, d) Mujer, e) Hombre, y f) Persona adulta mayor. Tomar en cuenta los ciclos de vida ayuda a adecuar mejor la atención según necesidades culturales, sociales y biológicas más específicas, y asegura atención integral para toda la población. (1, 4)

D. Vigilancia sociocultural de la salud y sistema de información

Un elemento importante para *la Estrategia* es la información para la toma de decisiones. Cuando

se realizan las actividades de atención individual, familiar y comunitaria, los ECOS registran información en formularios ya diseñados. La mayoría de esta información es digitada para su ingreso en el sistema de información, de esta manera los datos se manejan más rápidamente.

Periódicamente (semanal, mensual y anualmente), los ECOS y EAPAS en el Distrito de Salud analizan la información para poder tomar decisiones sobre cómo resolver problemas que se hayan identificado y mejorar las condiciones de salud. (4)

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
BC	Boca Costa (de Sololá)
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
CORDAID	Organización Católica de Cooperación para el Desarrollo (siglas en inglés)
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
IDEI	Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral
INS	Instancia Nacional de Salud
La Estrategia	Estrategia de fortalecimiento institucional de primer nivel de atención en salud
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MMN	Medicus Mundi Navarra
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PS	Puesto de Salud
UE	Unión Europea

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Medicus Mundi Navarra, Fundación Friedrich Ebert. 196p.
2. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133p.
3. Instituto de Salud Incluyente (2009). Perspectiva Medio Ambiente y Salud (Marco conceptual abreviado). Documento borrador. Guatemala: ISIS.
4. Medicus Mundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi, CORDAID, Unión Europea.
5. Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo No. 115-99.

Capítulo 2

La perspectiva del derecho a la salud

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención —*la Estrategia*— se ha desarrollado en base a cuatro perspectivas: el derecho a la salud, el enfoque de género, la interculturalidad y el medio ambiente. El presente capítulo desarrolla la primera de ellas, e inicia con una breve reflexión sobre el sistema de salud de Guatemala, plantea aspectos elementales para comprender el derecho a la salud y explica la forma como se ha llevado a la práctica esta perspectiva.

I. Reflexión sobre el sistema de salud del país

Como se explica en otros documentos de esta colección, la salud-enfermedad es un proceso relacionado con las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de las personas y colectividades. Debido a la desigualdad en la distribución de los recursos del país, la pobreza, la discriminación, la violencia, la participación social limitada, los bajos niveles de escolaridad y otros problemas sociales, económicos y políticos, las condiciones de salud del país son poco alentadoras.

Cuando se compara a Guatemala con otros países de América Latina, resalta la gran cantidad de problemas de salud que padece nuestra población. Por ejemplo, somos uno de los países en donde más niños y niñas sufren desnutrición crónica, y mueren muchos infantes antes de cumplir un año de edad por diarrea o neumonía. También se observa que muchas mujeres tienen complicaciones o mueren, mientras están embarazadas o duran-

te el parto. A esto se agregan los homicidios, accidentes y otras enfermedades como el cáncer, la diabetes o la presión arterial elevada que afectan cada vez más a hombres y mujeres, jóvenes, adultos y personas adultas mayores.

Como respuesta a los problemas de salud, en todas las sociedades se llevan a cabo acciones para promover, mantener o restablecer la salud. Estas acciones las realizan las personas, familias, comunidades, profesionales, terapeutas e instituciones, entre otras, y asignan funciones y recursos para generar conocimientos, instrumentos, acciones y prácticas en salud. Las relaciones entre estos actores constituyen el sistema de salud de un país. Estos actores pueden ser privados, comunitarios o públicos, pero son el Estado y sus instituciones los actores de mayor relevancia por ser los principales responsables de las condiciones de salud de la población.

El siguiente cuadro muestra los subsectores del sistema que brindan atención en salud en Guatemala:

Tabla No. 1
INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA

SUBSECTOR	INSTITUCIÓN, ORGANIZACIÓN O ACTOR	EJEMPLO DE SERVICIOS
Subsector público	Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS)	Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales públicos
	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Unidades periféricas, policlínicas, hospitales
	Servicios de salud para trabajadores del Estado	Hospital militar (Ministerio de la Defensa) Hospital de la Policía Nacional Civil (Ministerio de Gobernación).
	Municipalidades	Dispensarios, clínicas.
Mezcla pública-privada	Programa de extensión de cobertura (MSPAS- Organizaciones no gubernamentales -ONG-)	Prestadoras de servicios de salud Administradoras de servicios de salud.
	Hospitales especializados (MSPAS-fundaciones privadas)	Unidad de Oncología Pediátrica (UNOP), Unidad de Cirugía Cardiovascular (UNICAR), Instituto Nacional de Cancerología (IN-CAN).
Subsector privado	No lucrativo (no genera ganancia)	Organizaciones no gubernamentales, clínicas parroquiales.
	Lucrativo (sí genera ganancia)	Consultorios, clínicas, farmacias privadas.
Subsector comunitario	Curadores(as) mayas y populares	Abuelas Comadronas, terapeutas mayas, terapeutas populares, guías espirituales entre otros.
	Curadores(as) de otros modelos alternativos, religiosos y populares	Acupuntura, medicina ayurvédica, profetisas, sanadores, curadores religiosos, merolicos.
	Familias y personas	Autoatención a nivel individual y familiar.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, además de ser el principal prestador de servicios en el país, también es la institución responsable de conducir y regular el sistema de salud, esto significa que es la entidad rectora.

En la Tabla No. 1 se muestra la mezcla público-privada, que se refiere a las organizaciones que pertenecen al subsector privado pero que reciben financiamiento por parte de una institución pública, por ejemplo, en el Programa de Extensión de Cobertura el MSPAS contrata y paga a organizaciones no gubernamentales para que brinden un

paquete de servicios básicos a la población, en especial a la población materno-infantil.

Las capacidades o debilidades del sistema de salud de un país se construyen a lo largo de su historia. En el caso de Guatemala, su pasado y presente se caracterizan por la distribución desigual de los recursos, la discriminación, dictaduras militares, represión política y un conflicto armado interno reciente que duró 36 años; para el Estado de Guatemala las políticas sociales (incluyendo la salud) no han sido priorizadas. De esta cuenta, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha tenido

dificultades para coordinarse con otros actores del sistema de salud, y para asegurar la atención a la población. A continuación se mencionan algunos ejemplos sobre los problemas que enfrentan el MSPAS y el sistema de salud:

1. Concepción limitada de la salud-enfermedad, se le considera predominantemente como un asunto individual y biológico, sin considerar otros aspectos colectivos, políticos, sociales, económicos o energéticos, entre otros.
2. Negación o rechazo a otras formas de entender y atender la salud-enfermedad, incluyendo a los terapeutas mayas y terapeutas populares o de otros modelos de atención.
3. Énfasis curativo en la atención. Los esfuerzos de salud escasamente incluyen acciones de promoción (mejorar condiciones de vida) o de prevención colectiva (p.ej. saneamiento ambiental, agua potable), y se centran en la curación de enfermedades o en la prevención clínica-biológica individual (p.ej. control de embarazo, vacunación).
4. Atención focalizada. El MSPAS con frecuencia atiende sólo algunos problemas de ciertos grupos de población (p.ej. diarreas y neumonías en niños(as), aspectos reproductivos de mujeres) y deja de atender a otros problemas importantes de salud y otros grupos de población (p.ej. hombres, personas adultas mayores, jóvenes, o problemas no reproductivos de mujeres,).
5. Servicios de salud en los que no se habla el idioma local y atención no adecuada a las características culturales de la población.
6. Escasez de personal en salud.
7. Poca investigación sobre la situación de salud del país.

Otro problema importante del sistema de salud de Guatemala es la forma en que se financia. La principal fuente de financiamiento de salud en Guatemala es el gasto de bolsillo de los hogares, es decir que las personas y familias hacen pagos directos por insumos, medicamentos, bienes y servicios de salud. Este tipo de financiamiento se considera el más inequitativo porque las familias sufren el riesgo de empobrecerse por los gastos en salud o no logran atender sus problemas de salud por no contar con suficientes recursos.

Ante las dificultades del MSPAS de brindar atención gratuita a toda la población, ésta termina acudiendo a diferentes servicios dependiendo de ciertos criterios. Por ejemplo, una persona que quiere atenderse en el IGSS necesita estar afiliada a través de un empleo formal. Las personas que acuden a los servicios de salud lucrativos deben tener dinero para pagar por esta atención, y las que acuden a servicios de salud no lucrativos dependen de si éstos existen en el lugar donde viven. Los ejemplos ilustran la idea de que el acceso a la atención en salud no se da porque se considere un derecho de las personas como ciudadano(a), sino que depende de que los servicios existan y de que las personas cumplan con esos otros requisitos como la capacidad de pagar o cierta condición social.

La salud, entendida como derecho de la población, aún no se cumple en Guatemala. La mayoría de los problemas de salud del país tienen su origen principal en las condiciones sociales, económicas y políticas que favorecen la presencia de riesgos y enfermedades. A esto se suma las dificultades del sistema de salud para mejorar estas condiciones o para brindar atención universal adecuada al contexto y a las características de la población.

II. Ideas básicas para comprender el derecho a la salud

A. La salud es un derecho humano

Para comprender el derecho a la salud es necesario tomar en cuenta que éste es parte de los derechos humanos, reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y se caracterizan por lo siguiente (12):

1. Están garantizados por normas internacionales y leyes nacionales.
2. Están protegidos por la ley.
3. Se centran en la dignidad del ser humano.
4. Protegen a las personas y a los grupos de personas.
5. Tienen carácter vinculante para los Estados y los agentes estatales. Es decir que son obligatorios para los Estados, sus instituciones y trabajadores.

6. Son indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. Tienen la misma importancia para la dignidad humana.
7. Generan deberes. Cada persona debe respetar el derecho de las demás.
8. Son universales. Son para todas las personas del mundo.

Es importante señalar que se reconoce que entre las personas y los grupos de personas existe una amplia diversidad, sin embargo se plantea una igualdad de derechos para todos. La diversidad no significa que hay personas mejores que otras, por lo tanto ninguna persona debe ser discriminada a raíz de estas diferencias. Cuando existen personas o grupos de personas que se encuentran en una situación social en desventaja, deben generarse estrategias o acciones que permitan disminuir estas desigualdades sociales, buscándose de esta manera la equidad.

Los Estados de los países que han suscrito los convenios y pactos internacionales de derechos humanos están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos. **Respetar** los derechos, significa que el Estado no debe obstaculizar el goce de los derechos reconocidos. **Proteger** los derechos significa que el Estado debe prevenir y evitar violaciones de los derechos por parte de terceros. **Cumplir** los derechos alude a que el Estado debe impulsar acciones y medidas legislativas, administrativas y presupuestarias para que los derechos se hagan efectivos. (12)

Los derechos humanos se han clasificado en derechos civiles y políticos, y en derechos económicos, sociales y culturales. La siguiente tabla muestra ejemplos de estos derechos. (14, 16)

Tabla No. 2
CLASIFICACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> Derecho a la vida Participación política Libre expresión Libertad de credo Protección contra penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes Prohibición de la esclavitud 	<ul style="list-style-type: none"> Libre determinación de los pueblos Educación Trabajo Seguridad social Alimentación, vestido y vivienda Salud

Como puede observarse, la salud está considerada como un derecho económico, social y cultural, por tanto, el derecho a la salud es un derecho humano, dado que: *El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.* (2)

Al igual que con los demás derechos humanos, el Estado es responsable de garantizar el derecho a la salud. El cumplimiento del derecho a la salud está estrechamente vinculado, e incluso depende, del cumplimiento de los demás de-

rechos humanos. Entre estos derechos pueden mencionarse el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico, a la educación, a la igualdad, al acceso a la información, entre otras. El derecho a la salud incluye también factores determinantes de la salud como el acceso al agua segura para consumo humano, las condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, condiciones sanas en el trabajo y protección del medio ambiente. Es de esta manera que se garantizan las condiciones sociales que favorecen la salud de la población. (14)

Así también, el Estado debe garantizar el acceso a la atención en salud siguiendo los siguientes cuatro criterios:

1. Disponibilidad
2. Accesibilidad
3. Aceptabilidad
4. Calidad

Tomando en cuenta estos criterios, el Estado debe asegurar que existe un número suficiente de establecimientos, programas públicos de salud, insumos y suministros, que estén al alcance de toda la población. La atención debe ser efectiva, con pertinencia intercultural, con enfoque de género y orientado al ciclo de vida. (14)



Cuando se habla de derechos humanos se está planteando el tipo de relación que hay entre las personas y el Estado. Habiendo comprendido que el cumplimiento de los derechos humanos y del derecho a la salud es obligación del Estado, se asume que los derechos son exigibles. Esto significa que las personas pueden exigir a las entidades del Estado que los derechos se cumplan de forma efectiva. Para esto es necesario construir espacios y mecanismos de auditoría y fiscalización social, así como el establecimiento de penas o sanciones cuando se demuestra que los derechos no se han cumplido o han sido violados. Al mismo tiempo, la ciudadanía también adquiere deberes en la medida que debe velar por respetar el derecho de las demás personas.

B. El derecho a la salud, el Estado y la ciudadanía de Guatemala

Tal como se mencionó anteriormente, los derechos humanos cuentan con una normativa internacional que los respalda y cada país debe asegurarse de tener un marco legal (conjunto de leyes y reglamentos) relativos a su cumplimiento. En este apartado se mencionan algunas de las principales leyes que orientan el cumplimiento del derecho a la salud en Guatemala.

En la Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada en 1985, la salud se reconoce como un derecho del ser humano, planteándose lo siguiente (3):

Artículo 93.-Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94.-Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

La Constitución Política de la República también explica la responsabilidad del Estado guatemalteco de proteger la salud de ciertos grupos específicos como menores y ancianos, condiciones adecuadas de salud, seguridad y previsión social a los(as) trabajadores(as), alimentación y nutrición mínima para la población. Establece también la obligación del Estado el asegurar la calidad de los productos que se consumen para mantener la salud. (3)

Por su lado, el Código de Salud, Decreto Legislativo 90-1997, como ley específica en esta materia

refrenda el derecho a la salud y la obligación del Estado, como sigue (1):

Artículo 1. Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 2. Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 4. Obligación Del Estado (artículo reformado en 2003). El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 18: Modelo de atención Integral en salud. El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad y de la comunidad organizada que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico pluricultural y multilingüe.

Con esta finalidad, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita.

Queda claro entonces que el Estado de Guatemala está obligado a cumplir con el derecho a la salud de la población, tanto en la generación de condiciones sociales que permitan gozar del mejor nivel posible de salud, así como brindar atención en salud, realizando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Señala además al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como la principal entidad responsable de la rectoría del sistema de salud y garante de la prestación gratuita de servicios para todos(as). (1)

Respecto al ejercicio de la ciudadanía en salud, la Constitución Política de la República en su artículo 98 indica (3):

Artículo 98. Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

Por otra parte, el Código de Salud en sus artículos 3 y 5 establece lo siguiente (1):

Artículo 3. Responsabilidad de los ciudadanos. Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades.

Artículo 5. Participación de la comunidad (artículo reformado en 2003). El Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social.

La atención sanitaria no debe considerarse un favor o una caridad que brindan las instituciones públicas de salud y por la que la población debe sentirse "agradecida". Más bien, las personas y colectividades tienen la facultad de exigir al Estado que cumpla con la atención en salud, y pueden establecer los mecanismos locales y comunitarios para llevar a cabo la fiscalización y auditoría social en salud. Lo anterior, sin olvidar que la población también participa en la genera-

ción de las condiciones saludables, que pueden realizarse a través de estrategias de promoción de la salud para incidir en las determinantes y condicionantes sociales. (6, 8)

C. Los compromisos internacionales adquiridos por el Estado de Guatemala sobre el derecho a la salud

Además de las leyes del país, el Estado de Guatemala también ha asumido compromisos a nivel internacional que respaldan el derecho a la salud. Ejemplo de éstos -relacionados con los derechos humanos- se encuentran la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y que ya fueron mencionados anteriormente.

Existen otros acuerdos importantes para la salud, de los cuales se destacan los siguientes:

Declaración de Alma Ata, 1978. Con esta declaración se impulsa *la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)* con la cual deben prestarse servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación para resolver los principales problemas de las comunidades. Implica la participación del sector sanitario, así como de todos los demás sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario; incluye en la atención a personal médico y de enfermería, auxiliares y trabajadores(as) de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional. (5)

Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, 1989. La parte V de este convenio, se refiere a la seguridad social y salud, planteando que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna. Establece que los gobiernos pongan a disposición de los pueblos servicios de salud

adecuados, organizados a nivel comunitario y en cooperación con ellos. También se plantea que se deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local. (4)

Resolución sobre la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de América (SAPIA), Winnipeg, Canadá, 1993. Desde esta resolución la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a los gobiernos a establecer mecanismos de concertación para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente para poblaciones indígenas específicas. También a que se promueva la transformación de los sistemas de salud y se apoye el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación. (16)

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2000. 189 países del mundo, incluyendo Guatemala, se comprometieron a cumplir con los siguientes objetivos: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) Lograr la enseñanza primaria universal, 3) Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, 4) Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, 5) Mejorar la salud materna, 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8) Fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Estos objetivos tienen metas definidas que deben cumplirse para el año 2015, y varios de ellos tienen relación directa o indirecta con el sistema de salud. (9, 10)

El Estado de Guatemala debe tomar en cuenta estos compromisos internacionales -y otros- al definir sus estrategias, programas y servicios de salud, para garantizar que el derecho a la salud se cumpla, en conjunto con otros derechos humanos, y de acuerdo a necesidades específicas de grupos de población (p.ej. pueblos indígenas, mujeres, niños, comunidades rurales).

III El derecho a la salud llevado a la práctica en *la Estrategia*

El derecho a la salud es una de las cuatro perspectivas de *la Estrategia*, por lo que debe verse en conjunto con las otras perspectivas: género, interculturalidad y medio ambiente. Las perspectivas son los ejes transversales del modelo, es decir que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en la institución en aspectos como la conformación de equipos, el establecimiento de normas y clima organizacional.

Las perspectivas ayudan a comprender mejor la salud-enfermedad de las personas y los grupos, pues se logran analizar las determinantes y condicionantes de la salud, los riesgos y problemas principales, así como las concepciones, comportamientos y prácticas relacionadas con la salud. A la vez, las perspectivas son útiles para impulsar acciones más adecuadas a las necesidades de salud, realizando acciones que atienden las necesidades más urgentes y de corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, grupos, instituciones y entorno.

La relación del derecho a la salud con las otras perspectivas parte de reconocer la igualdad de derechos de las personas, pero también de reconocer que existen grupos de población que han sido excluidos y discriminados (p.ej. pueblos indígenas y mujeres), por lo que se necesitan acciones específicas que permitan mejorar sus condiciones sociales y de vida (acción afirmativa), para asegurar efectivamente que gozan de sus derechos. (6, 11)

Desde *la Estrategia*, el derecho a la salud se concreta en garantizar el derecho a la atención en salud, y recayendo la obligación en el Estado, por lo que es necesario definir los fundamentos y la organización de la atención en salud. Sobre la ciudadanía social, *la Estrategia* considera que la población debe jugar un papel activo en las decisiones sobre políticas de salud, traduciéndose en promoción de la organización, el empoderamiento, fortalecimiento de las capacidades de gestión, auditoría

social y la participación activa de las comunidades. Los servicios institucionales deben respetar y apoyar estos procesos.

Para el cumplimiento del derecho a la salud, es necesario también que los(as) trabajadores(as) públicos de salud se vean a sí mismos como garantes y portadores de derechos.

Operativamente en la atención brindada desde *la Estrategia*, el derecho a la salud se cumple a partir de la atención continua, permanente, intra y extramuros a las personas, familias y comunidades, a partir de los aspectos que se mencionan a continuación (6, 11):

Reconocimiento de la rectoría de la Dirección del Área de Salud (DAS) y del Distrito Municipal de Salud (DMS). Se reconoce a la DAS y al DMS como los niveles gerenciales de salud en el nivel ejecutor del MSPAS. *La Estrategia* se desarrolla en el primer nivel de atención institucional, es decir en los puestos de salud del MSPAS, coordinado por el DMS que proporciona apoyo técnico y acompañamiento. Al ser los puestos de salud parte del Distrito Municipal de Salud, *la Estrategia* se desarrolla en la estructura institucional del MSPAS. Para implementar *la Estrategia* no se busca crear estructuras paralelas ni se requiere de la intervención de otras instituciones.

Organización y asignación equitativa en base a múltiples criterios. Con frecuencia, la construcción de infraestructura, la asignación de personal y de recursos para los servicios de salud se basa en la cantidad de habitantes. Para *la Estrategia*, esta asignación no sólo debe tomar en cuenta la cantidad de población (habitantes y familias), sino también otros aspectos como la dispersión geográfica de la población, las vías de acceso y de comunicación, la topografía del terreno y el clima; en algunos casos también debe considerarse la relación entre comunidades.

Estos aspectos permiten la conformación de sectores⁶ y definir la ubicación de los puestos de salud; ayudan a estimar adecuadamente la carga laboral para definir el número de trabajadores(as) que integrarán los Equipos Comunitarios de Salud⁷ (ECOS),

la planificación de actividades, y las necesidades de equipamiento e insumos que necesitará el personal para brindar la atención. Se garantiza así la disponibilidad de servicios, bienes e insumos para salud.

Universalidad y gratuidad. En un intento por atender a grupos considerados como prioritarios, los servicios públicos de salud han desarrollado acciones limitadas o paquetes básicos de servicios dirigidos casi exclusivamente a la población materno-infantil. Esto se traduce en que el resto de la población no es atendida o no se cuenta con suficientes recursos para su atención.

Desde *la Estrategia*, la atención se provee a todos los ciclos de vida en los espacios individual, familiar y comunitario, no limitándose a la población materno-infantil. Se asegura la atención a toda la población, tanto del territorio asignado como a la que proviene de otros lugares (aledaños o lejanos). No existe gasto de bolsillo por parte de los(as) usuarios(as), ni se deben solicitar donaciones para la entrega de atención o de medicamentos.

Cobertura y acceso garantizados. *La Estrategia* atiende a la población que demanda los servicios, pero también busca activamente a personas, familias y grupos para dar seguimiento a problemas y riesgos identificados, brindar atención preventiva, y llevar a cabo acciones de promoción. A través de las visitas familiares se garantiza que anualmente cada familia tenga, como mínimo, un contacto con la atención de *la Estrategia*. El personal de salud proviene de las comunidades atendidas o lugares cercanos y la atención se brinda en el idioma local, con lo cual se disminuyen las barreras de idioma y se facilita la adecuación cultural.

En el caso de las comunidades dispersas o de difícil acceso, periódicamente se moviliza personal e insumos para la atención de personas, visitas a fa-

milias y trabajo con grupos comunitarios. Se han construido indicadores y metas para monitorear la cobertura y el uso de los servicios.

Integralidad. Aun cuando el sistema de salud realiza diversas acciones de salud, el énfasis sigue siendo en la atención curativa, limitándose al tratamiento de enfermedades, pero sin abordar el verdadero origen de éstas. En *la Estrategia* la integralidad se refiere a que la atención en salud incluya acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, la cual se logra a través de los programas operativos a nivel individual, familiar y comunitario.

En cada nivel también puede atenderse de forma integral; en la atención a las personas se toma en cuenta los aspectos sociales y biológicos particulares por ciclo de vida y género, su entorno familiar y comunitario, y los principales problemas locales de salud (incluyendo enfermedades mayas y populares). La atención integral a las familias supone conocer sus condiciones de vida, dinámica, prácticas de autocuidado, integrantes enfermos que afectan a la familia y otros riesgos. La atención integral a la comunidad se realiza a partir de la articulación con los grupos y organizaciones comunitarias existentes, el trabajo intersectorial y el apoyo a las gestiones comunitarias.

La integralidad se facilita en la medida que las actividades de atención individual, las visitas familiares y el trabajo comunitario de un sector las realiza el mismo equipo de trabajo. Esto le da al personal un mayor conocimiento y comprensión sobre la población con la que trabajan, y permite adecuar la atención a las necesidades locales.

Al momento de atenderse un problema de mayor complejidad, se realizan referencias al segundo o tercer nivel de atención del MSPAS, o a otras instituciones según sea el caso. También se realizan

6- Un sector se refiere a un espacio geográfico del municipio o Distrito de Salud, compuesto por un grupo de comunidades. El sector se conforma a partir de criterios de accesibilidad, vías de comunicación, topografía del terreno, aspectos geográficos y climáticos, y población (número de habitantes y familias). En cada sector se ubica un puesto de salud y tiene asignado un Equipo Comunitario de Salud (ECOS).

7- Por cada sector hay un Equipo Comunitario de Salud (ECOS) integrado por dos a cuatro auxiliares de enfermería, de ambos sexos, provenientes de la localidad o región, que brindan la atención en el idioma local, y están asalariados(as) a tiempo completo, con prestaciones de ley. Los ECOS son el nivel operativo del MIS, pues son los responsables directos de dar la atención en salud.

referencias a terapeutas mayas y terapeutas populares cuando se detectan enfermedades mayas y populares. Este sistema de referencia permite integrar la atención entre diferentes servicios, instituciones y modelos.

Calidad. Se cuenta con una infraestructura sanitaria y formal específica para el primer nivel de atención en salud (puestos de salud), necesaria para cumplir con las normas y la calidad de atención a la población. Esta infraestructura es el espacio en el que se brinda la consulta clínica, funciona como centro de trabajo del personal, sirve para reuniones con grupos comunitarios, resguarda y almacena los medicamentos, biológicos, equipo y mobiliario que se requiere para la atención. Existen experiencias en el país en el que se utiliza infraestructura prestada o no formal para la entrega de servicios, y que no brindan las condiciones adecuadas para la atención de la población.

La atención individual, familiar y comunitaria cumple con las normas de atención y vigilancia de la salud establecidas por el MSPAS, y se incorporan otros procedimientos y estándares para asegurar la no discriminación, las relaciones de respeto y confianza con los(as) usuarios, la detección de riesgos y otros problemas de salud. Los ECOS cuentan con el Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), desde el cual se realiza el monitoreo, la supervisión formativa y la formación permanente que refuerza los conocimientos del personal operativo y la calidad de la atención que brinda.

Articulación con grupos comunitarios y auditoría social en salud. Se han creado mensajes clave que se socializan con la población para que la atención de la salud sea reconocida como un derecho de la población que se demanda al Estado, a diferencia de entenderla como un favor o acto de caridad que se agradece.

El trabajo con diversos grupos comunitarios, en especial con los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), las Comisiones de Emergencia Comunitaria, las(os) terapeutas maya y terapeutas populares y las abuelas comadronas, permite impulsar acciones sanitarias y apoyar la gestión de proyectos intersectoriales. Este tipo de trabajo

ayuda a disminuir los riesgos de enfermar y mejorar condiciones de vida de la población.

En conclusión, *la Estrategia* aborda el derecho a la salud a partir de: a) el reconocimiento y fortalecimiento del MSPAS como entidad del Estado responsable de cumplir con este derecho, b) asegurando la atención en salud de calidad, universal e integral, c) promoviendo y apoyando la exigibilidad del derecho a la salud por parte de la ciudadanía, y d) realizando acciones de promoción con la población que genere mejores condiciones sociales y una mejor situación de salud.

Para que el Estado logre cumplir con su obligación en la atención de la salud, debe contar con una institucionalidad pública sólida. De ahí que *la Estrategia*, haya sido diseñada para ser implementada desde la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dirigida a fortalecer los puestos de salud y los Distritos de Salud.

Si se espera que el MSPAS dé una atención integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud) a toda la población, deben proveerse mayores recursos que le permitan salir del rezago histórico y mantener el funcionamiento de la red de servicios tanto en personal, financiamiento, infraestructura, equipamiento, información e investigación. Asimismo, deben fortalecerse las capacidades de gestión y administración de los recursos, y las capacidades de regular y coordinarse con otras instituciones del sistema. *La Estrategia*, implementada por los puestos de salud del MSPAS, fortalece a la entidad en su conjunto. Por un lado, aumenta la eficacia de la institución (atiende a la población y resuelve problemas) ya que el primer nivel de atención es el más cercano a la población. Por otro lado, mejora la eficiencia (genera mayores beneficios a un costo menor) pues se evitan gastos innecesarios en el segundo y tercer niveles de atención, que son los servicios más caros porque necesitan de más recursos y personal especializado. (6, 11)

Así también, *la Estrategia* facilita el cumplimiento de los compromisos internacionales como la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud, la iniciativa SAPIA, el Convenio 169 y los ODM.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AIP	Atención Interprogramática
APS	Atención Primaria de Salud
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEC	Plan de Emergencia Comunitaria
SAPIA	Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de América
UNICAR	Unidad de Cirugía Cardiovascular
UNOP	Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Código de Salud. Decreto Número 90-97, con reformas según Decreto Número 53-2003. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada por los representantes de 61 Estados el 22 de julio de 1946. Entrada en vigor: 7 de abril de 1948. www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf
3. Constitución Política de la República de Guatemala 1985, con reformas de 1993.
4. Convenio No. 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989). Adoptada por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), convocada en Ginebra el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión. white.oit.org.pe/ipec/documentos/169.pdf
5. Declaración de Alma Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), en Alma Ata, Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas, del 6 al 12 de septiembre de 1979. whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf
6. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, MedicusMundi Navarra, Fundación Friedrich Ebert. 196p.
7. Instancia Nacional de Salud (2004) Una imagen objetivo para Guatemala, el Sistema Público de Salud Incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. Pp. 1 a 27.
8. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133p.

9. La OMS y los objetivos de desarrollo del milenio. Página web: www.who.int/mdg/es/
10. Listado oficial de los ODM. Página web: mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/OfficialList2008_es.pdf
11. MedicusMundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: MedicusMundi, CORDAID, Unión Europea.
12. OMS (2002) Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, No.1, julio de 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 32p. whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf
13. OPS (2001) Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. 34p.
14. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49. www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf
15. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. www.lachsr.org/documents/perfildelsistema_desaluddeguatemala-ES.pdf
16. Resolución V sobre la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de América (SAPIA), Winnipeg, Canadá, 1993. Aprobada en reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud, el 28 de septiembre de 1993. www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi1_esp.doc

Capítulo 3

La pertinencia intercultural

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud —*la Estrategia*— se ha desarrollado en base a cuatro perspectivas: el derecho a la salud, el enfoque de género, la pertinencia intercultural y el medio ambiente. El presente capítulo desarrolla la perspectiva de pertinencia intercultural, presentando algunos conceptos para una comprensión básica de ésta, su relación con la salud y la manera en que se ha operativizado en *la Estrategia*.

I. Conceptos básicos para comprender la interculturalidad

El término interculturalidad ha sido utilizado para referirse a las relaciones que se dan entre personas y grupos de diferentes raíces culturales; tomando en cuenta la diversidad social y cultural de Guatemala. En Guatemala dichas relaciones han estado marcadas históricamente por la desigualdad y la discriminación, por lo que el uso del término interculturalidad ha sido cuestionado por haber sido utilizado para transmitir las ideas que “todos nos relacionamos en igualdad” o bien de “tolerancia hacia quienes son diferentes”. Esta situación es de suma importancia para comprender mejor la realidad social y de salud de este país.

Sobre la cultura hay muchas discusiones acerca de su significado, pero en términos generales y sencillos puede decirse que la cultura se refiere a cómo las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan con los demás y con el mundo que les rodea (capacidades, habilidades, hábitos y prácticas). La cultura es la manera en que se entiende el mundo, el significado o el sentido que cada grupo le da a la vida, a la naturaleza, el trabajo, la familia, el vestido, las fiestas y demás. (2, 3) La cultura no es una herencia biológica, no es algo que se trae al nacer, sino que se adquiere por el hecho de vivir en un grupo humano o en sociedad. (5)

Debe tomarse en cuenta que las condiciones materiales de las personas y colectivas moldean la

cultura, a la vez que la cultura moldea estas mismas condiciones materiales. En otras palabras, el contar con cierto tipo de recursos materiales (vivienda, vestido, dinero, alimentos, entre otros), estar situados(as) en cierto espacio, sea por geografía y clima (costa, montaña, frío, calor, etcétera), de tipo laboral, social o de otra índole, influye en la manera en que se comprende y vive la realidad. A la vez, la cultura determinará en gran medida la manera en que se hace uso de los recursos con los que se cuenta. (2)

La cultura está relacionada con la identidad (“quien yo siento que soy”), pues surge una identificación con un grupo con el que se comparten rasgos culturales (hay un sentido de que se pertenece a un colectivo), en oposición a otros grupos con los que no se comparte y a los que no se pertenece. Por esto se dice que la identidad se crea a partir de las relaciones con otros grupos. (6)

Las personas tienen múltiples identidades, referidas a diferentes dimensiones de su vida social. Estas identidades coexisten simultáneamente y no son excluyentes entre sí, ni tienen por qué constituirse en fuente de conflicto. Estas identidades pueden estar dadas por la etnicidad, la religión, la espiritualidad, el género, la edad, el territorio, la orientación sexual, la clase social, la nación, entre otras. Por ejemplo, una misma persona puede identificarse como mujer, k'iche', madre, viuda, comerciante, de clase económica media y católica a la vez, lo cual refleja sus múltiples dimensiones sociales. (6)

En el caso de Guatemala, para poder comprender la diversidad guatemalteca se identifican inicialmente dos grandes raíces o matrices culturales: la maya (indígena) y la española (o criolla) que se han relacionado desde hace varios siglos. Estas matrices culturales no se han mantenido estáticas ni iguales por lo que, aunque marcan una primera diferenciación cultural, no es lo único a tomar en cuenta. Las identidades y los elementos culturales son producto de procesos históricos; cada cambio se da siempre sobre la cultura previamente existente, de una forma acumulativa, por lo que la cultura siempre está marcada por la historia que la precede. La manera como una persona o grupo entiende el mundo es tan cambiante como es el mundo en sí, por eso no es correcto hablar de una cultura maya o una cultura española como conjuntos eternos, inmóviles y completos. (3, 6)

En Guatemala, la cultura de quienes son considerados indígenas tiene elementos de la raíz española, mientras que parte de los llamados “ladinos” o mestizos muestran rasgos de origen amerindio. Nuestras identidades y culturas están marcadas fuertemente por las raíces culturales, pero a las mezclas e intercambios que se dan entre éstas se agregan otros aspectos que originan una mayor diversidad de grupos socioculturales como el territorio y ambiente, el idioma, las condiciones sociales y económicas, el género, los cambios tecnológicos, políticos, sociales, los procesos de migración, la religión, la ocupación, entre muchos otros. (6)

En la diversidad sociocultural se generan muchas formas de entender, actuar y relacionarse. Ahora bien, las relaciones entre los grupos de las matrices culturales no se han dado en condiciones de igualdad ni de respeto; por ejemplo, aquellos que se han identificado con la cultura maya han sido tratados como si fueran personas inferiores a los criollos y mestizos. Debe señalarse que el racismo es un problema estructural en Guatemala, en donde se toma como base aspectos biológicos para generar una discriminación social contra las personas, independientemente de otras características económicas, de género, nivel escolar, entre otras. Por ejemplo: Rigoberta Menchú, a pesar de ser reconocida como premio Nóbel de la Paz de 1992, fue objeto de insultos y maltratos por parte de integrantes de un partido político, quienes utilizaron expresiones como “andá a vender tomates a la Termi-

nal” e “india”. A otras mujeres indígenas, reconocidas por su trayectoria académica en Guatemala o por su trabajo en organizaciones internacionales, se les ha negado la entrada a restaurantes o comercios en la ciudad capital.

El racismo también está presente cuando se analiza que en los lugares en donde la población es mayoritariamente indígena se observan las peores condiciones de alfabetismo, escolaridad, servicios públicos, carreteras, vivienda, agua potable, propiedad de tierra, entre otros. (3)

La discriminación se da cuando un grupo se considera superior a otros, y se establece una posición en la sociedad que le permite disfrutar de privilegios y subordinar a los demás grupos sociales. En otras palabras, se establece una sociedad jerárquica en la que unos grupos están “arriba” de otros.

Tomando en cuenta lo anterior, la pertinencia intercultural reconoce que existen diferencias entre las personas y los colectivos por su cultura y etnia, pero estas diferencias no significan superioridad o que unos sean mejores que otros. Por esto, la pertinencia intercultural promueve las relaciones de respeto, convivencia y el desarrollo humano desde la equidad y la diversidad. (2)

A. Pertinencia Intercultural y salud

La cultura y la salud están estrechamente relacionadas. La cultura influye en la manera en que se hace uso de los recursos, las prácticas, los comportamientos y actitudes, estableciendo condiciones de vida y de salud. Además, al existir diferentes maneras de comprender el mundo y la vida, también existen diversas formas de comprender y vivir la salud-enfermedad. A lo largo de la historia humana pueden encontrarse diferentes conceptos o maneras de explicar la salud-enfermedad, identificándose —por ejemplo— los siguientes:

- Mágico
- Religioso
- Ecológico
- Sociológico
- Biológico
- Holístico

Puede creerse que cada concepción mencionada está relacionada con un momento específico de la historia, y que éstos conceptos de salud-enfermedad se han desarrollado uno después de otro. Sin embargo, lo que se observa es que estos conceptos coexisten de manera simultánea en la población, e incluso en cada una de las personas, pues se responde a las múltiples dimensiones de las personas y del proceso salud-enfermedad. (8)

Por lo anterior, es útil retomar la noción incluyente de salud de *la Estrategia*, desde la cual se reconoce que no hay un concepto único de salud, por lo que

se considera que la salud-enfermedad se explica de diversas maneras, y que es también un proceso dinámico multidimensional en el que influyen diferentes aspectos sociales, económicos, políticos, ambientales, culturales, energéticos, además de los biológicos. (2)

A partir de las matrices culturales del país, sus constantes cambios y sus relaciones con los procesos sociales e históricos, se van creando diferentes grupos o conjuntos socioculturales con diferentes condiciones de salud, diversas lógicas socioculturales y modelos de atención.

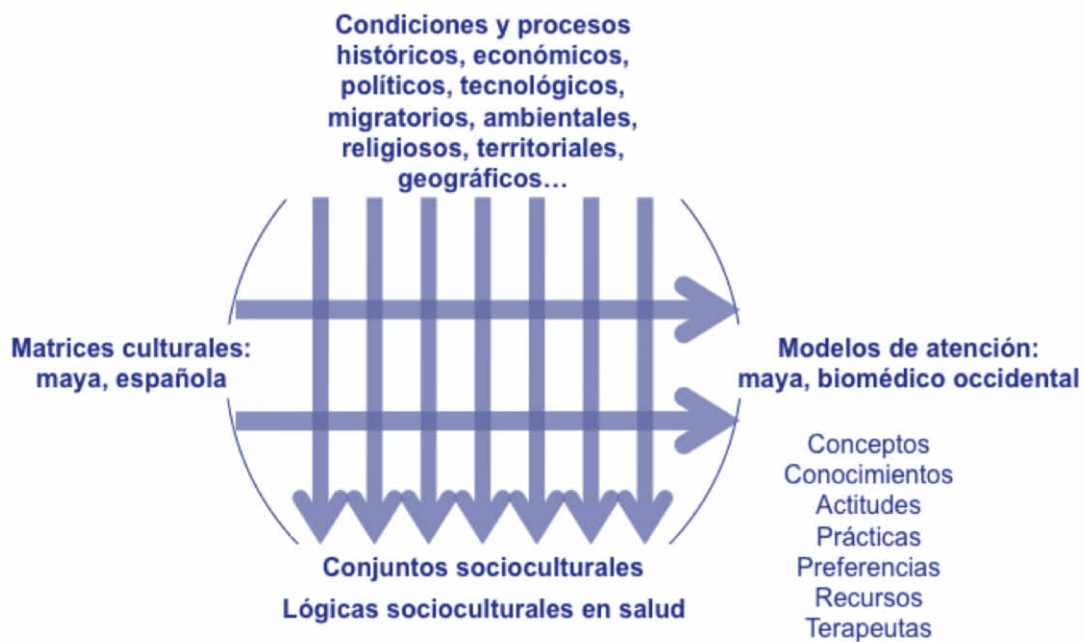


Figura No. 1. Relación entre matrices culturales, modelos de atención y lógicas socioculturales en salud

B. Modelos de salud

Cuando se revisa la información que se tiene en el país sobre las enfermedades que afectan a la población guatemalteca es necesario tomar en cuenta que éstos son los problemas que logran ser detectados por los servicios públicos de salud. Esto significa que existen muchos problemas que pasan desapercibidos, y que el panorama de salud-enfermedad que se tiene es incompleto.

Para comprender mejor esto último, en salud pública se maneja la imagen del "iceberg de la enfermedad"; un "iceberg" es un témpano de hielo, el cual flota en el agua y que desde la superficie sólo es posible reconocer una pequeña porción de toda la pieza. Otra imagen que se propone para el contexto nacional es la de un xpëc (significa sapo en k'iche') que al estar en el agua sólo podrán observarse los ojos en la superficie, mientras que el resto del cuerpo se encuentra escondido bajo el agua. (2, 3)



Figura No. 2. El xpéc de la enfermedad

Muchos de los problemas de salud de la población no llegan a identificarse por los servicios de salud, pues la mayoría son atendidos y resueltos por las personas y las familias. Pero también debe tomarse en cuenta que los servicios públicos de salud se manejan desde el enfoque de la medicina convencional u occidental, identificando apenas enfermedades más bien biológicas y algunas de tipo mental; por lo que dejan de reconocer problemas de salud relacionados con otras maneras de comprender la salud-enfermedad, y que son muchas veces atendidos por terapeutas de otros modelos médicos o de salud.

Los modelos médicos o de salud pueden comprenderse como los conjuntos de conceptos, saberes, terapeutas o curadores, recursos, relaciones y prácticas, asociados éstos con matrices culturales. En casi todas las sociedades, coexisten al menos 3 modelos de salud, los cuales han sido descritos por el antropólogo Eduardo Menéndez. El primer modelo, que Menéndez llama Modelo Médico Hegemónico (MMH), está relacionado con la matriz cultural occidental (criolla), que está legitimado jurídicamente y predomina en los espacios

académicos como las universidades, y en las instituciones públicas y privadas formales de salud. Es además el más difundido en el mundo, y se le conoce también como modelo biomédico pues basa su conocimiento en la biología e impulsa acciones asistenciales curativas y algunas preventivas (2)

El segundo modelo, conocido como Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS), alude a todos aquellos conceptos y prácticas de salud que son distintas del modelo biomédico, pero subordinados o considerados inferiores a éste. Dentro de este modelo se encuentran medicinas cuyo fundamento y acciones son de carácter más integral como la acupuntura, la medicina ayurvédica o el modelo de salud maya(2).

El tercer modelo, al que Menéndez llama Modelo de Autoatención, está presente en todas las sociedades independientemente del grado de cobertura de los servicios oficiales y de la presencia de distintos modelos alternativos. El modelo de autoatención se caracteriza por ser el único que no tiene establecida la figura de un “curador” o “terapeuta” reconocido. En este modelo las personas

integran y aplican conocimientos y experiencias diversos, los cuales pueden ir desde acciones conscientes de “no hacer nada” hasta el uso de distintos recursos terapéuticos de diferentes modelos.

Se dice que en sociedades con una amplia cobertura de servicios de salud, un gran porcentaje de los problemas de salud se resuelve desde el modelo de autoatención, por lo que Menéndez plantea que éste debería ser considerado como el verdadero primer nivel de atención.

Si bien cada modelo de salud posee características propias, tanto el modelo hegemónico como los modelos alternativos mantienen una permanente transacción de conocimientos y prácticas, por lo que constantemente se modifican y afectan mutuamente. El sistema de salud puede entonces reconocer los diferentes modelos existentes, y orientarse a fortalecer y articular sus conocimientos y prácticas para brindar una atención en salud más adecuada a la población. (2)

Para el caso de Guatemala, el modelo de salud maya y popular es el modelo médico subordinado más importante, pues forma parte de la matriz cultural mayoritaria y se encuentra presente en mayor o menor medida en los diferentes grupos sociales del país, incluso en aquellos que no necesariamente se identifican como indígenas. Para el modelo de salud maya y popular, el concepto de salud se refiere a la relación en armonía del individuo, la familia, la comunidad, la naturaleza y el cosmos. (2)

El modelo maya y popular, tiene como fundamento la forma como se concibe la salud desde la cosmopercepción maya. El concepto de salud desde la cosmopercepción maya, es el equilibrio en las tres dimensiones de la existencia humana: **Lo material, lo energético y lo social.** **Lo material** lo constituye lo biológico, fisiológico, anatómico y mecánico, su equilibrio se mantiene con alimentación saludable, vivienda adecuada, estilo de vida saludable, acceso a tierra suficiente, medio ambiente en equilibrio. **Lo energético** lo forman las 9 energías principales de cada ser humano, que constituye su código de vida, que al no alimentarse y no estar en equilibrio se manifiestan

en la materialidad con serios problemas de salud; el equilibrio energético se mantiene alimentándole permanentemente. **La dimensión social** del ser humano lo forman los árboles, los animales, los ríos, los mares, el padre sol, la abuela luna, el aire, las estrellas, nuestra madre tierra, incluso los seres vivientes que no vemos, los virus, las bacterias; los minerales, los cerros, las nubes, la misma casa, los insectos, las energías circulantes en el universo y todo lo que se encuentra dentro y fuera de cada ser humano; el equilibrio social se mantiene al estar bien con uno mismo y con los demás. **El equilibrio en las tres dimensiones, es salud.**

Los problemas de salud se presentan por la ruptura de la armonía y del equilibrio en las relaciones y dimensiones mencionadas, por lo que las enfermedades (P.ej. ojeado, susto, caída de mollera o empacho) que se presentan serán diferentes de aquellas reconocidas por la medicina oficial. (2) Esta última no es capaz entonces de identificar ni tratar este otro tipo de problemas, pero el modelo de salud maya y popular cuenta con sus propios terapeutas que se forman en un proceso distinto al de los médicos profesionales, pero necesarios(as) y legitimados(as) en la comunidad.

El modelo de salud maya y popular incluye una gama de conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y prácticas ancestrales, provenientes de las culturas mayas prehispánicas, y también prácticas y conocimientos sincréticos que surgen del mestizaje entre las matrices maya y española. Con base en esto último podría decirse que existirán tanto terapeutas mayas como terapeutas populares. En la práctica, este modelo utiliza predominantemente recursos naturales, locales o regionales, mecanismos y técnicas mayas y populares para el diagnóstico y el tratamiento; aun cuando está presente y extendido en las comunidades de todo el país, no ha sido incorporado de manera formal y estándar en las instituciones del sistema de salud. (5)

Aunque no se incluyan en el modelo maya y popular, vale la pena señalar que existen otras prácticas muy arraigadas en la población que provienen tanto de la experiencia como de la promoción de medicamentos por parte de empresas y merolicos.

Entre estas prácticas puede mencionarse el uso de Alka-Seltzer^(™) para los malestares gastrointestinales, las inyecciones de vitamina B para fortalecer los nervios, o la pomada GMS^(™) para afecciones variadas en la piel.

C. Lógicas socioculturales en salud

Las lógicas socioculturales en salud pueden entenderse como la relación dinámica entre las concepciones y las prácticas en salud, y que pueden ser varias según las características de la diversidad de grupos o conjuntos en la población. El conocer estas lógicas socioculturales facilita la articulación de la atención institucional y la comunidad, pues la institución adapta sus servicios tomando en cuenta los conceptos de salud-enfermedad que existen, y las explicaciones que se dan a los problemas de salud en la población. Por otra parte, también se reconocen y promueven aquellos conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y recursos del ámbito comunitario, con los cuales se mejoran las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud. Las lógicas socioculturales se expresan a través de las personas, familias y comunidades.

Las lógicas socioculturales en el ámbito comunitario. Las ideas existentes sobre la salud-enfermedad se reconocen en los espacios y maneras de socializar en el ámbito comunitario como por ejemplo la escuela, los espacios de trabajo, las iglesias, los grupos organizados, el comercio, los deportes o las áreas de recreación. En estos momentos y espacios se reproducen los significados y símbolos que construyen constantemente la identidad de los grupos y la comunidad en general. En estos espacios también se observa la socialización de conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y prácticas preventivas y curativas, redes comunitarias, estilos de vida y elementos que aportan a la autoatención. (2)

Es necesario comprender que las lógicas socioculturales están determinadas por sus procesos sociales e históricos, que tienen condiciones materiales específicas, y que cada comunidad es portadora de experiencias, conocimientos y sabiduría para

su contexto particular. Así también deben fortalecerse y aprovecharse los conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y recursos locales dirigidos al mejoramiento de las condiciones de salud, como parte del trabajo de promoción de la salud (gestión comunitaria, auditoría social, participación, acción política). (4)

Las lógicas socioculturales en el ámbito familiar.

Según el grupo social y cultural al que pertenezca la familia así serán las concepciones y significados que tenga sobre la salud y sobre determinadas enfermedades. La familia es uno de los principales espacios de atención en salud, es en donde se generan condiciones favorables o desfavorables para la salud y en donde las personas adquieren los primeros conocimientos y prácticas para cuidar la salud. En la familia también se realizan las primeras acciones de asistencia y cuidado ante la enfermedad. La familia también sirve de mediador con los profesionales de salud, en donde se negocian y toman decisiones sobre qué hacer o no para resolver un problema. (1, 2)

La familia es uno de los principales espacios para la atención en salud, permite fortalecer redes y organizaciones comunitarias al promover unidades domésticas con mayores conocimientos y capacidades para aprovechar al máximo las oportunidades que se tienen en el ámbito local y nacional. Al mismo tiempo, el ámbito familiar puede ser espacio de riesgo para la salud cuando se reproducen prácticas dañinas, las condiciones materiales y económicas son precarias, o existen dinámicas conflictivas en la unidad familiar. (1, 2)

Las lógicas socioculturales de las familias tienen relación con aspectos fundamentales en la atención en salud como el “camino del enfermo” y la autoatención, pero están determinadas también por las condiciones materiales y económicas de las personas y la familia en su conjunto, así como por las redes sociales o de apoyo con las que cuentan. (2)

Las lógicas socioculturales en el ámbito individual.

Cada individuo se percibe y se cuida según los conceptos y conocimientos sobre la salud-enfermedad, que a su vez influyen en sus prácticas y

mecanismos para resolver los problemas de salud que se presenten. Además, aun cuando una misma enfermedad puede diagnosticarse en varias personas, cada una de ellas tendrá un sentido y experiencia distinta, y una diferente manera de comprenderla y atenderla. (2)

En la atención de salud a personas es fundamental conocer la manera en que se perciben y viven los problemas de salud, la manera en que los explican, las decisiones y las acciones que han tomado para resolverlos. También deben trascenderse los aspectos biológicos de sus problemas y abordar su situación social dentro de la familia, la comunidad y la sociedad en general. (2)

Para conocer mejor las lógicas socioculturales de las personas y familias es útil tener un mayor entendimiento sobre la autoatención y el camino del enfermo por el que un(a) paciente ha transcurrido, y que permite un proceso de atención más pertinente a la lógica sociocultural de la persona.

El **camino del enfermo** se refiere a los diferentes pasos que las personas enfermas y/o las familias dan para resolver un problema de salud al que se enfrentan. Las decisiones y las acciones que se llevan a cabo dependen en gran medida de la lógica sociocultural de la familia y sus integrantes, a partir de la cual interpretan el problema, establecen, definen y asumen las opciones de diagnóstico y tratamiento. Este camino del enfermo también está condicionado por los conocimientos e información que poseen las personas y familias, su ubicación geográfica y medios de comunicación, el tiempo disponible y los recursos materiales y económicos, entre otros. (2)

La **autoatención** se entiende como la atención que una persona se brinda a sí misma o que se da en el seno de la familia, y es la primera acción que se realiza ante la enfermedad. Esta autoatención se desarrolla sin intervención de un terapeuta de la medicina profesional o del modelo maya y popular, y es considerada como de carácter estructural en las sociedades. En la autoatención se articulan las diferentes concepciones y prácticas existentes respecto al proceso salud-enfermedad, con las que ha estado en contacto la población. (2)

Al presentarse un problema de salud –un resfriado, por ejemplo-, la primera acción de una persona o de su familia no será acudir con un profesional de la salud, terapeuta maya o terapeuta popular. La persona afectada y su familia harán un primer diagnóstico sobre el problema, y las primeras decisiones sobre qué hacer pueden ser diversas, desde el no hacer nada (esperar a que se resuelva por sí solo), utilizar alguna planta medicinal o medicamento químico que ha funcionado antes para la persona o para alguien cercano, e incluso rezar alguna oración pidiendo a Dios una pronta recuperación. Si el problema no se resuelve o si se complica, entonces la persona y su familia harán una revisión sobre las opciones de atención existentes y a las que tienen acceso como por ejemplo una farmacia, terapeuta comunitario, algún otro servicio de salud o profesional, decidiéndose y acudiendo a alguna de estas opciones. (1)

La autoatención no termina con la consulta a un terapeuta profesional o del modelo maya y popular, sino que sigue presente en la forma en que se administran los medicamentos recetados, las decisiones sobre si se continúa o no con el tratamiento, la combinación del tratamiento prescrito con otras prácticas, las actividades permitidas o no permitidas para la persona enferma, o la decisión de buscar otro tratamiento o terapeuta. Cabe resaltar que la persona que en general funciona como cuidadora es una mujer, sea la madre, abuela o esposa. (1)

Los caminos del enfermo y las prácticas de autoatención pueden ser diferentes por los siguientes aspectos:

- Las características culturales (religión, género, étnicas, políticas) del grupo social, la familia y el individuo.
- Las condiciones de vida, educación, los recursos económicos.
- Disponibilidad y el acceso a servicios de salud.
- Cantidad y conocimiento de alternativas.
- Costo (tiempo y dinero) de la búsqueda de atención.
- Quién se enferma, quién cuida.
- Características de la enfermedad.
- Experiencias previas (propias y ajenas).

D. Algunas afirmaciones no compartidas por la Estrategia en relación a pertinencia intercultural y salud

En la atención en salud, cuando se habla de aplicar la pertinencia intercultural, suelen observarse algunas posiciones no compartidas por *la Estrategia* y que vale la pena exponer a continuación. (4)

1. Se cree que la Pertinencia Intercultural en salud es aplicable sólo a contextos de población indígena, por lo que no es posible aplicarla en contextos en donde predomina la población mestiza o ladina del país, como el oriente.

Tal afirmación no es compartida por *la Estrategia*, ya que según ésta, es necesario comprender la pertinencia intercultural como un enfoque que puede aplicarse en cualquier contexto, pues se parte de la idea que todas las personas son portadoras de cultura. En cualquier sociedad los servicios de salud deben tomar en consideración el contexto cultural donde se desarrollan, si es que aspiran a tener aceptación por parte de la población y cumplir con sus objetivos de salud.

2. Se piensa que la pertinencia intercultural sólo hace referencia a la cosmogonía y medicina maya, en donde sus costumbres y tradiciones se mantienen sin cambios en el tiempo, o que los terapeutas mayas son los únicos portadores de conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender.

Esta afirmación no se comparte, ya que en *la Estrategia*, es a partir de la pertinencia intercultural que se deben reconocer las transacciones de conocimientos, recursos o prácticas, que existen entre diferentes grupos socioculturales y que éstas también se modifican y son influenciadas por el contexto social a lo largo de la historia. Además, estos conocimientos, recursos o prácticas son parte de la percepción y formas de trabajar la salud-enfermedad por parte de la población (personas y familias desde el modelo de auto-atención) y no únicamente por terapeutas especialistas específicos.

3. Se considera la pertinencia intercultural sólo para la atención individual con extensiones a la familia, para acciones curativas o preventivas.

Esta afirmación tampoco es compartida, ya que *la Estrategia* plantea que aplicar el enfoque de pertinencia intercultural resulta valioso para comprender las dinámicas comunitarias e impulsar acciones de promoción de la salud, es decir que se dirijan a fortalecer las capacidades comunitarias para mejorar las condiciones políticas, sociales y económicas de su población.

II. La perspectiva de pertinencia intercultural en la Estrategia

La perspectiva de pertinencia intercultural es una de las cuatro perspectivas de *la Estrategia*, por lo que debe verse en conjunto con las otras perspectivas: derecho a la salud, género y medio ambiente. Las perspectivas son los ejes transversales de *la Estrategia*, es decir que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en el MSPAS en aspectos como la conformación de equipos y normas de clima organizacional.

Las perspectivas ayudan a comprender mejor la salud-enfermedad de las personas y los grupos, pues se logran analizar las determinantes y condicionantes de la salud, los riesgos y problemas principales, así como las concepciones, comportamientos y prácticas relacionadas con la salud. A la vez, las perspectivas son útiles para impulsar acciones más adecuadas a las necesidades de salud, realizando acciones que atienden las necesidades más urgentes y de corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, grupos, instituciones y entorno.

Como se planteó en el inicio del capítulo, interculturalidad significa que hay una relación o relacionamiento entre personas y grupos de diferentes raíces culturales. Por esto, puede decirse que la interculturalidad ha existido siempre; el reto es cambiar la desigualdad histórica de esas relaciones. (2)

En *la Estrategia* se plantea entonces que el relacionamiento entre grupos y personas con diferencias culturales debe ser equitativo, por lo que su pers-

pectiva de pertinencia intercultural es la búsqueda de un relacionamiento equitativo entre personas y grupos de diferentes raíces culturales, es decir de igual a igual, sin discriminación. (2, 7)

A. Pertinencia intercultural en el primer nivel de atención en salud

En *la Estrategia*, y ya incursionando en el campo de la salud, la pertinencia intercultural se entiende como el proceso gradual de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, que implica la complementación, articulación y fortalecimiento de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud. (2)

La pertinencia intercultural está presente en la definición de primer nivel de atención en salud que plantea *la Estrategia*, respecto a la articulación de los conocimientos y prácticas de salud del ámbito institucional y el ámbito comunitario. En esta relación complementaria, el personal de salud debe adecuar la atención a las necesidades y características individuales, familiares y del conjunto o grupo en la comunidad, y facilitar acceso y uso de los servicios de salud comunitarios e institucionales. Implica entonces complementar conocimientos, sabidurías, formas de comprender o entender y prácticas que provienen de diferentes matrices culturales, y la coordinación del personal institucional de salud y con terapeutas locales. (2)

Para construir un trabajo en salud que complemente equitativamente las diferentes lógicas socioculturales y modelos de salud, es necesario (2):

- Reconocer los conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y experiencias de trabajo en su propio contexto. Respeto a la organización y dinámica comunitaria existente.
- Organización y fortalecimiento de la organización de los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares.
- Generar consensos sobre objetivos comunes entre el MSPAS y comunidades.
- Hacer efectiva la participación comunitaria haciendo de sus experiencias y conocimientos la

base del desarrollo humano y de la salud.

- Coordinar esfuerzos y apoyos desde el ámbito institucional para romper estereotipos, prejuicios, prepotencias, abusos y mal uso de poder, y abrir espacios de confianza mutua.
- Complementar las fortalezas de los diferentes modelos de salud legitimados socialmente.
- Fortalecer las capacidades de autoatención, los cuidados y prácticas comunitarias.
- Hacer de la educación sanitaria un espacio de intercambio de experiencias y aprendizaje mutuo.

Mientras que algunos conceptos teóricos de interculturalidad promueven solamente el “respeto” o “tolerancia”, desde *la Estrategia* estos enfoques son insuficientes para construir una relación intercultural equitativa. Por lo tanto, lo que se promueve es el conocimiento, la comprensión, la aceptación de la validez de los conocimientos, sabidurías y prácticas, provenientes de aquellas culturas que han sido históricamente discriminadas. (7)

Conocimiento quiere decir que antes de rechazar otro tipo de conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender, se debe obtener información, estudiar y conocer lo que otro enfoque cultural puede aportar. Comprensión significa que además de conocer, debe comprenderse cuál es la situación actual de esos conocimientos y prácticas, el porqué de su existencia y las razones históricas de esa realidad actual. La aceptación de la validez implica que, como punto de partida, se debe reconocer y aceptar la validez de otros conocimientos y prácticas que no provienen del campo científico, pues la validez es otorgada por otras formas y razones como la experiencia y los resultados que han tenido en la población. Las reflexiones para el cuestionamiento o aceptación de las prácticas en salud deben realizarse tanto para el modelo biomédico como para otros modelos o lógicas socioculturales de salud. (7)

B. La coordinación en paralelo

Para lograr llevar a la práctica la pertinencia intercultural en el trabajo de salud, se ha construido una estrategia denominada coordinación en paralelo, utilizando el lema “coordinados, pero no integrados”.

Se reconoce que los principales modelos de salud mayoritarios en Guatemala son el biomédico y el maya y popular, aunque también pueden existir otros que deban considerarse en el trabajo local. Al existir diferentes opciones de atención y servicios de salud comunitarios e institucionales para la población, la coordinación en paralelo no propone para estos momentos su integración, pues esto podría generar una subordinación de los conocimientos y prácticas locales, comunitarias. Se plantea entonces una relación para que haya un reconocimiento, respeto y coordinación de esfuerzos, con el objetivo de resolver las necesidades y problemas de salud de la población. Así también habrá que tomar en cuenta las características y condiciones locales de la población, sus lógicas socioculturales de salud para una adecuación de la atención. (2, 7)

La coordinación en paralelo se concreta en acciones de relación positiva entre los diferentes conocimientos, prácticas y actores del proceso salud-enfermedad de las comunidades por medio de los siguientes aspectos (4):

Conocimiento y comprensión de otros modelos de salud. Un elemento que facilita el acercamiento del ámbito institucional con otros modelos de salud es el personal, pues éste ha sido seleccionado de las mismas comunidades con las que se trabaja o proviene de la región. Esto, además de permitir que la atención se brinde en el idioma local, propicia una mejor comunicación y entendimiento por tener referentes o características culturales comunes.

En la atención a las personas en la consulta clínica se busca conocer cómo las personas se explican sus problemas de salud (sus modelos explicativos) preguntando y registrando el autodiagnóstico y el “camino del enfermo”, es decir que se indaga sobre las acciones que se han realizado para resolver el problema, y si previamente se ha consultado a

terapeutas mayas, terapeutas populares o a otros servicios. Estos pasos en la consulta son útiles para la comprensión del problema, el diagnóstico, la negociación del tratamiento y el intercambio educacional con pertinencia intercultural.

En el desarrollo de la validación de *la Estrategia*, los autodiagnósticos registrados permitieron la identificación de las siete enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular (cinco de ellas por ser las más frecuentes y las otras dos por su alta letalidad) en las comunidades con las que se trabaja. Estas enfermedades son: empacho, molle- ra caída, aire o calambres, susto, caída de matriz, ojeado y hechizo o mal hecho.

Cuando se investigan las muertes ocurridas también se buscan los modelos explicativos, al averiguar y registrar la causa que –a criterio de la familia— provocó la muerte, así como la ruta de atención previa al fallecimiento y las enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular, que pueden estar asociadas a la causa de defunción.

Identificación de perfiles epidemiológicos⁹ socioculturales. Al realizar el análisis de las condiciones de salud se incorpora toda la información recolectada durante la atención individual, familiar y comunitaria. En el análisis se relacionan los problemas de enfermedad y muerte, riesgos y condiciones de vida de las unidades familiares, los procesos comunitarios de relevancia, y factores sociales, económicos y políticos, para explicarse las condiciones de salud.

Los perfiles epidemiológicos en *la Estrategia* incluyen las enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular. Esto es posible porque se han elaborado normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica que contienen las definiciones de caso sospechoso y confirmado, en las

⁹ El perfil epidemiológico se refiere tradicionalmente a las características demográficas, sociales y económicas de una población y territorio específicos, y al conocer los principales problemas de salud, enfermedad y muerte que afecta de manera general y diferencialmente a los grupos que integran esta población.

¹⁰ La vigilancia epidemiológica es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y ser utilizada para su difusión.

que se plantean cuáles son los criterios para detectar cada una de estas enfermedades y registrarlas como impresión clínica en una consulta.

El registro de información ha resultado útil para conocer cómo se comportan las enfermedades según lugar, sexo y grupo de edad. El hechizo (o mal hecho) y el ojeado son considerados enfermedades de notificación obligatoria y de vigilancia epidemiológica semanal. En los lugares de validación de *la Estrategia* se ha observado que el hechizo está asociado a enfermedades de alta letalidad, mientras que el ojeado está relacionado con la muertes infantiles, por lo que merecen una atención especial.

Adecuación de la atención individual, familiar y de los conjuntos socioculturales. Para facilitar la atención individual con perspectiva de pertinencia intercultural en salud por parte del personal, en *la Estrategia* se cuenta con las “Guías de abordaje” de la atención a personas mayores de 5 años”, así como las hojas guía para la atención integral (para menores de dos meses, hombres –adolescentes y adultos– y personas adultas mayores). Estas guías para la atención de las personas incluyen las normas de atención del MSPAS, a la vez que incorpora opciones de tratamientos naturales normados (de forma exclusiva o complementaria a los medicamentos) para ser negociados con las personas que consultan. También se incluye la orientación y consejería tomando en cuenta el autodiagnóstico y otras lógicas de salud como el desequilibrio frío-caliente.

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

Anualmente, cada familia recibe una visita familiar integral (VFI), en la cual se identifica un conjunto de riesgos con los que se clasifican las necesidades de atención y seguimiento que requiere la unidad familiar. Algunos de los riesgos que se buscan están relacionados con las capacidades

de autoatención o de aislamiento como el rechazo a la vacunación, a los controles preventivos o a la atención, los problemas para detectar signos de peligro, el no contar con redes de apoyo, o niños o adultos mayores en situación de abandono. Otros riesgos están vinculados a aspectos sociales y económicos de la familia como niños(as) que no acuden a la escuela por migración, trabajo o falta de recursos. También se identifican aspectos psicosociales como violencia intrafamiliar, adicciones o alcoholismo, violación o abuso sexual, a los cuales se da seguimiento.

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

Por cada sector, en cada puesto de salud, se crea un huerto demostrativo que rescata el uso de plantas locales que se utilizan en la atención de la salud. En estos huertos se encuentran las plantas cuyo uso está normado en las guías de atención y las que puedan hallarse y cultivarse según el microclima local.

El trabajo con la comunidad y sus organizaciones, implica reconocer los conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender los conocimientos locales que han construido a partir de las experiencias en su contexto. Por esto se respeta el espacio comunitario, requiriéndose de la adaptación de los servicios institucionales a las lógicas organizativas y procesos locales, y trabajándose en base a la negociación y no a la imposición.

C. Organización de terapeutas mayas y terapeutas populares e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud

En *la Estrategia* se brinda apoyo desde el espacio institucional para fortalecer las capacidades de organización de los(as) terapeutas mayas y terapeu-

tas populares. A partir de una mejor organización de estos actores comunitarios, pueden entonces generarse espacios para el reconocimiento social, la participación y el desarrollo de su trabajo. Dado el respeto a sus necesidades y dinámicas propias, el apoyo se brinda a solicitud de ellos(as) y el fortalecimiento organizativo debe considerarse como un proceso de largo aliento.

En los lugares de implementación de *la Estrategia* se identifican a los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares, que incluye a las abuelas comadronas existentes en las comunidades. En base a visitas y entrevistas se recaba información personal, el tipo de trabajo que realizan, las personas que más acuden con ellos(as), las principales dificultades en su trabajo y sus recomendaciones para la comunicación futura con el personal.

Con la información recolectada se elabora un directorio que caracteriza a los terapeutas mayas y terapeutas populares y a las abuelas comadronas, según su ubicación y especialidad. Dentro de las especialidades pueden encontrarse: At'it, Iyom –(Abuela, “Comadrona”), Ajuqunel – chapol' baq' (Relajador de Huesos, restablece el equilibrio del tejido óseo “compone huesos”), Ajk'ixabi' (el que restablece energías perdidas, “curador de susto”), rowinaq' (restablece el equilibrio energético - cura mal de ojo), Ajq'ij (Conocedor del tiempo, contador del tiempo, el que camina con el padre sol y abuela luna, atiende la parte energética-“espiritual”, el contador del tiempo, que tiene comunicación directa con el padre Sol); entre otros.

La información se actualiza anualmente a través de entrevistas a nuevas personas que se identifican en el transcurso del trabajo, y por la relación que se mantiene con los curadores o terapeutas con quienes ya se trabaja.

Con *la Estrategia* “Unidad de Atención” o “Puesto de Salud” amigo de abuelas comadronas y terapeutas mayas/terapeutas populares, se ofrece atención clínica integral a éstos(as) y se realizan reuniones de intercambio entre ellos(as) y el personal institucional. En cada sector se realizan reuniones mensuales de intercambio con las abuelas comadronas; trimestralmente se realizan reuniones con

todos(as) los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares en cada sector. Como parte de estas actividades se realiza una presentación y discusión de la situación local de salud, se comparten los problemas que han sido atendidos por terapeutas y abuelas comadronas.

Se ha elaborado un instrumento especial para uso de los terapeutas y abuelas comadronas que permite el registro de los problemas de salud que han atendido, así como otros tipos de atención. El instrumento ha sido validado con los(as) terapeutas y abuelas comadronas, hace uso de fotografías y dibujos, y el registro puede ser por anotación o a través de la colocación de semillas de maíz o frijol en bolsillos, según el nivel de alfabetismo en el idioma español o de escolaridad de cada terapeuta.

El uso del instrumento ha tenido una gran aceptación, pues hay un reconocimiento y valoración del trabajo que ellos(as) realizan. De esta cuenta, se ha logrado identificar qué tipos de atención brindan. Además de tratar enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular como el empacho, la caída de mollera, el ojeado o el susto, también dan otros apoyos como los trabajos que realizan para agradecer la producción o agradecer el agua potable, para poder pasar y trabajar en Estados Unidos, o para resolver algún problema de pareja, así como ceremonias mayas de protección o por asuntos comunitarios.

Trabajo con abuelas comadronas. Como se mencionó en líneas anteriores, las abuelas comadronas forman parte del grupo de terapeutas mayas y terapeutas populares que atienden y curan en las comunidades; si bien la mayoría de abuelas comadronas son mujeres, también hay algunos hombres. También sucede que muchas de las abuelas comadronas son consejeras principalmente para el cuidado de mujeres y niños, y pueden ser terapeutas de diferentes especialidades. Las comadronas con las que se trabaja en *la Estrategia*, son principalmente las abuelas comadronas, que se diferencian de otras personas como las parteras o comadronas adiestradas porque estas últimas han sido capacitadas para la atención del embarazo, parto y puerperio, pero no provienen de una iniciación propia de su cultura. (7)

Con las abuelas comadronas se mantiene una relación muy cercana y constante, debido a que su trabajo converge mucho con el trabajo institucional por la atención que brindan en el período prenatal, el parto, el puerperio y los cuidados a los(as) recién nacidos(as). No obstante, la posición en *la Estrategia* es que ni las abuelas comadronas (ni otros(as) terapeutas deben ser vistos como “recursos aprovechables” pues esa es una visión instrumental por parte de las instituciones. Por esto, el trabajo con ellas no se trata de capacitaciones, sino de intercambios de experiencias y aprendizaje mutuo. Las comadronas son convocadas a participar en los encuentros trimestrales como terapeutas mayas, además de participar en reuniones mensuales para coordinar acciones y esfuerzos tanto en el tema materno-infantil como en las diferentes actividades de salud que desarrollan a nivel comunitario. (7)

Sistema de referencia y respuesta. Las referencias y respuestas con los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares (incluidas las abuelas comadronas) son posibles al establecer una relación de confianza con ellos(as), y porque se cuenta con criterios para detectar problemas que ellos(as) resuelven. De esta manera todos los casos probables de enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular son referidas a las(os) terapeutas mayas y terapeutas populares para su confirmación y manejo, según su especialidad. Los casos

de enfermedad maya y/o popular sólo pueden ser confirmados y tratados por estos(as) terapeutas.

Para facilitar la referencia de enfermedades atendidas por el modelo de salud maya y popular, se cuenta con una hoja de registro –validado también– en donde el personal marca la imagen de la enfermedad por la cual se está refiriendo a la persona. Las imágenes facilitan la interpretación por parte de los(as) curadores(as) no alfabetos(as) que reciben las referencias. También se espera que al identificar otros apoyos o trabajos que realizan los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares, se puedan hacer referencias para la atención familiar y comunitaria.

Se han generado acuerdos con los(as) terapeutas y abuelas comadronas para que ellos(as) también hagan referencias al personal institucional, aunque éstas raras veces se hacen por escrito debido a los niveles de baja escolaridad y analfabetismo existentes. Es frecuente que las referencias se lleven a cabo personalmente, momento en el que los(as) terapeutas y abuelas comadronas acompañan a la persona a la consulta en el puesto de salud. La coordinación en paralelo se impulsa a partir del respeto y potenciación de los conocimientos de las comunidades, las familias y las personas, la relación positiva entre terapeutas de los ámbitos institucional y comunitario; así como fortaleciendo las capacidades de todos(as) para el mejoramiento de las condiciones de salud.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
La Estrategia	Estrategia de fortalecimiento institucional de primer nivel de atención en salud
MMAS	Modelo Médico Alternativo Subordinado
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEC	Plan de Emergencia Comunitaria
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
VFI	Visita Familiar Integral

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Albizu, J.L. (2003) ¿Qué hicieron la última vez que se enfermó la niña? El modelo de autoatención y los caminos del enfermo. Portadores de sueños. Guatemala, Año 2, No. 8, octubre-diciembre. (Pp. 15-20)
2. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/Medicus Mundi Navarra/ Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
3. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133 p.
4. MedicusMundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea. 125 p.
5. Pérez, Anabella (2009) Perspectiva de interculturalidad: conceptos. Guatemala: Instituto de Salud Incluyente. Presentación de diapositivas.
6. PNUD (2005) Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005. Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: La ciudadanía en un Estado plural. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
7. Proyecto “Consolidación de un modelo de atención de salud incluyente de primer nivel en tres Distritos, con carácter piloto para la incidencia política en el sistema de salud. Posición institucional del MIS en relación al trabajo con comadronas. Mayo, 2009.
8. Verdugo, Juan Carlos (2009) Avances y lecciones aprendidas sobre interculturalidad. El Modelo Incluyente de Salud, siete años de experiencias. Guatemala: Instituto de Salud Incluyente. Presentación de diapositivas, Congreso de Estudios Mayas.

Capítulo 4

La perspectiva de género

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud —*la Estrategia*— se ha desarrollado en base a cuatro perspectivas: el derecho a la salud, el enfoque de género, pertinencia intercultural y medio ambiente. El presente capítulo explica qué es el género, presenta cómo esto influye en la población guatemalteca y en la salud, y explica cómo se ha desarrollado la perspectiva de género en *la Estrategia*.

I. Conceptos básicos para comprender el género

Actualmente es frecuente escuchar o leer la palabra género en diferentes lugares como actividades de organizaciones sociales o comunitarias, en

espacios de estudio o de trabajo, en los medios de comunicación, en libros y documentos, o cuando se gestionan proyectos, entre otros. El concepto de género es de gran relevancia porque concierne a todas las personas ya que define cómo se relacionan las mujeres y los hombres.

Tabla No. 1
DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y GÉNERO

SEXO	GÉNERO
Conjunto de diferencias biológicas que las personas tienen desde el nacimiento, y que definen a cada persona como hombre o mujer. Con sexo se nace.	La sociedad define cómo son o deben ser los hombres y las mujeres. Es algo que no se trae desde el nacimiento. El género se aprende.
Mujeres <ul style="list-style-type: none">• Aparato reproductor interno: vagina, útero, trompas de Falopio, ovarios.• Desarrollo de los senos.• Posibilidad de embarazarse, parir y dar lactancia.	Vestuario y arreglo personal diferente (ejemplos) <ul style="list-style-type: none">• Mujer: falda o corte, pelo largo.• Hombre: pantalón, pelo corto.
Hombres <ul style="list-style-type: none">• Aparato reproductor externo: testículos, pene.• No pueden embarazarse, parir ni dar lactancia.	Diferentes roles, funciones o trabajos (ejemplos) <ul style="list-style-type: none">• Mujer: secretaria, trabajadora doméstica• Hombre: bombero, piloto
Diferencias principales <ul style="list-style-type: none">• Cromosomas XX o XY• Anatómicas: sistema reproductor, caracteres sexuales secundarios (P.ej. senos, voz, vello)• Fisiológicas: diferencias hormonales. Varones-testosterona, Mujeres-estrógeno y progesterona.	Diferentes cualidades y capacidades (ejemplos) <ul style="list-style-type: none">• Mujer: tierna, comprensiva• Hombres: valiente, agresivo Diferentes prohibiciones (ejemplos) <ul style="list-style-type: none">• Mujer: no debe salir a fiestas con amigas, debe llegar virgen al matrimonio.• Hombre: puede salir a fiestas con amigos, puede ser sexualmente activo antes de casarse
	Derechos y obligaciones distintas (ejemplos) <ul style="list-style-type: none">• Mujer: hacerse cargo de la casa y cuidar a los(as) hijos(as)• Hombre: responsable de proveer el dinero al hogar (llevar el gasto)

El género es lo que las diferentes sociedades y culturas establecen sobre cómo son o deben ser los hombres y las mujeres. Sobre el género existe un par de confusiones que vale la pena aclarar. Una primera idea equivocada es que género es igual a sexo; mientras el sexo se refiere a las características biológicas (se nace con un sexo), el género es una construcción social (es algo que se aprende). La siguiente tabla permite identificar las diferencias entre sexo y género y muestra algunos ejemplos. (13)

El género se expresa en las costumbres, las normas de conducta, los valores y rasgos de temperamento que según la sociedad y la cultura son propios de cada sexo. Pero estos aspectos no son dados por la naturaleza o por mandato divino, sino que son aprendidos y transmitidos a través de la cultura. Es importante entender esto último (que el género es algo que se construye en la sociedad y se aprende) pues esto significa que puede transformarse.

se han construido a partir de identidades femeninas y masculinas, así como por mandatos diferenciados para hombres y mujeres. (3)

Desde el momento en que nace una persona y se le reconoce como niño o niña, se le empieza a educar para que cumpla con ciertos mandatos de género. Los mandatos de género son ideas comúnmente aceptadas por la mayoría de los(as) integrantes de un grupo sociocultural sobre lo que es permitido y lo que no es permitido, existiendo diferencias entre los mandatos para hombres y mujeres. El no cumplimiento de estos mandatos, por parte de hombres o mujeres, conlleva por lo general un rechazo o sanción social. (1)

En un estudio de caracterización de género realizado en comunidades de la Boca Costa de Sololá y del municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, se investigaron los mandatos para hombres y mujeres. En la siguiente tabla se muestran las respuestas generales sobre este aspecto. (14)

Tabla No. 2
MANDATOS DE GÉNERO

PARA HOMBRES Y MUJERES	PARA HOMBRES	PARA MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> • Ser trabajadores(as), honrados(as) y fieles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser líderes, respetuosos con los abuelos, tomar decisiones. • No robar, no faltar a la palabra. • No llorar (aunque se permite en caso de fallecimiento de seres queridos o en momentos de consumo de alcohol). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser fieles, recatadas, obedientes y sumisas con el marido. • Saber perdonar. • Llegar vírgenes al matrimonio, casarse con el primer novio. • No hablar en voz alta, no quedarse platicando en el camino

Fuente: Caracterización de género en comunidades de la Boca Costa de Sololá y de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Los casos de: Pasaquijuyup, Pasac, Las Barrancas y El Tizate. (2005-2006)

La otra equivocación es pensar que hablar de género equivale a hablar sólo sobre las mujeres y los problemas que las afectan. Si bien es cierto que las mujeres son un grupo de población altamente discriminado y se encuentran en condiciones sociales desventajosas, el tema género intenta explicar las diferencias entre mujeres y hombres, analizar las relaciones que se dan entre mujeres y mujeres, hombres y hombres, y mujeres y hombres. (3)

El género es útil para comprender mejor las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres sobre la discriminación en la distribución de recursos, las responsabilidades y el poder. Estas desigualdades

Como puede verse, se encontraron expectativas diferentes de cómo deben ser los hombres y las mujeres. Incluso, a pesar que se espera que los hombres y las mujeres sean fieles, de las mujeres se espera que sepan perdonar a los hombres en caso de infidelidad.

Los mandatos de género se reproducen en todos los espacios y relaciones de la vida como la familia, la escuela, la iglesia, las amistades, el mercado, la comunidad y sus organizaciones, en la publicidad y los medios de comunicación, y demás. A partir de las ideas sobre cómo deben ser los hombres y las mujeres en cada sociedad o cultura se pueden

**Tabla No.3
IDENTIDADES DE GÉNERO**

IDENTIDAD FEMENINA	IDENTIDAD MASCULINA
<ul style="list-style-type: none"> • Emocional, subjetiva • Frágil, debe cuidarse y protegerse • A cargo del trabajo en casa, la reproducción y la crianza de hijos(as) • Debe ser obediente, subordinación • Restricción de su sexualidad, debe ser fiel y recatada • Dependiente • Capacidad de sacrificio y en función de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Racional, objetivo • Fuerte, puede tomar riesgos y pelear • A cargo del trabajo fuera de casa y la provisión del hogar • Debe tomar decisiones, dominio • Sexualmente impulsivo, debe ser viril y conquistar • Independiente • Responsables de sí mismos y de su vida

Fuente: Caracterización de género en comunidades de la Boca Costa de Sololá y de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Los casos de: Pasaquijuyup, Pasac, Las Barrancas y El Tizate. (2005-2006)

reconocer las identidades de género (femenina y masculina) predominantes, muy relacionadas a su vez con los mandatos.

En la sociedad también se instalan prejuicios y estereotipos alrededor del género. Un prejuicio es cuando una persona tiene una actitud, idea u opinión que se crea sin conocer la situación específica o sin tener información. Por ejemplo: Juana no debe debería estar en el Consejo Comunitario de Desarrollo porque las mujeres no saben sobre la organización comunitaria y no lo va a hacer bien. (13)

El estereotipo, por su parte, es una imagen o idea aceptada por un grupo, cultura o sociedad respecto a cómo son, cómo actúan o cómo piensan las personas de un grupo determinado. De esta forma, los estereotipos son ideas equivocadas pues las características de algunas personas se generalizan a todos los miembros del grupo, sin aceptar excepciones. Por ejemplo: TODAS las mujeres son lloronas o las mujeres son más sensibles; TODOS los hombres son inteligentes o los hombres son menos sensibles. (13)

A partir de las identidades femenina o masculina, los mandatos, los prejuicios y los estereotipos de género, en cada persona se instalan comportamientos, actitudes, maneras de actuar y relacionarse, lo que cada quién puede y debe hacer, decir, pensar, sentir, desear; así como lo que no debe ni puede hacer, pensar, decir o desear. El género es determinante en cada persona pues influye en todos los ámbitos de su vida (aunque no lo note), en la forma en que comprende el mundo, la manera en que se percibe a sí misma y su cuerpo,

las relaciones que establece con otras personas, el prestigio y estatus (el valor que le otorgan los demás), sus oportunidades para trabajar, estudiar y participar, entre otros. (1) A medida que un hombre o mujer se desarrolla, ya no sólo es producto de una formación social, sino que es reproductor del modelo.

Las identidades y mandatos de género predominantes son bastante claras al favorecer la diferenciación sexual del trabajo; por un lado, promueve la participación del hombre en los espacios públicos (remunerados) como encargado del trabajo productivo, por otro lado encasilla a la mujer en el ámbito privado de la casa (no remunerado) y responsable del trabajo reproductivo. (3, 5)

Lo anterior muestra como el género, además influir en la formación de cada persona, es también uno de los principales ejes sobre los que se organiza la vida social, estableciéndose jerarquías (personas superiores a otras). De esta cuenta, una sociedad es patriarcal cuando considera que la mujer es inferior "por naturaleza" y le asigna un lugar secundario en la sociedad, subordinada y sujeta a la autoridad del hombre. Este aspecto simbólico de "la mujer es inferior" o "los hombres son más importantes" en la sociedad pesa tanto, que aun cuando las mujeres trabajan en múltiples jornadas (trabajo remunerado, trabajo doméstico, trabajo voluntario-comunitario) no por eso ganan más espacios de participación o son más valoradas.

Con un estatus o posición de subordinación en la sociedad, las mujeres son discriminadas en su vida cotidiana, y en los ámbitos económicos,

políticos y sociales. Por esto, el género se relaciona con el acceso y control de los recursos, así como el poder y la participación en la toma de decisiones. (10) No puede dejar de señalarse que la sociedad también discrimina a las mujeres y hombres que no se ajustan a los mandatos y a las identidades predominantes como hombres gay o mujeres lesbianas (homosexuales), siendo evidentes las agresiones, burlas o bromas cargadas de una fuerte homofobia¹¹.

El género debe verse también en combinación con otras condiciones sociales que generan grandes desigualdades y discriminación (P.ej. clase socioeconómica, etnia, edad, urbano/rural) para así lograr una comprensión más integral de la sociedad. Se reconoce entonces que hombres y mujeres comparten elementos de la clase social o la etnia, pero las situaciones concretas de género marcan procesos de desgaste y de discriminación múltiple (P.ej. mujer, indígena, pobre y rural), así como procesos de potencialidad diferentes para unos y otras. (5)

II. Género y condiciones sociales de la realidad guatemalteca

Guatemala es una sociedad patriarcal, en donde el poder y la toma de decisiones, así como el acceso y control de los recursos en Guatemala es diferente para hombres y mujeres, y genera desigualdades importantes. Las relaciones de género que existen en el país afectan las condiciones en las que vive su población, especialmente las mujeres. De cada 100 personas en el país, 51 son mujeres y 49 son hombres; pero a pesar que la cantidad de mujeres y hombres es casi igual, se observan grandes inequidades entre ellos y ellas (diferencias que son injustas y pueden evitarse) en aspectos económicos, sociales y políticos. Algunos ejemplos de estas diferencias se presentan en este apartado.

De 100 personas que tienen tierra para la producción agrícola en cualquier régimen de tenencia (propia, arrendamiento, colonato, usufructo, ocu-

pada u otras formas simples), 84 de estas personas son hombres y únicamente 16 de ellas son mujeres. (4)

Cuando se observan los ingresos mensuales por sexo, los hombres ganan más que las mujeres en todas las diferentes modalidades de trabajo y actividades económicas. Para el año 2006, entre agricultores(as) un hombre tenía un ingreso promedio de Q. 764, mientras que una mujer tenía Q. 328. Entre artesanos(as) y operarios(as) un hombre ganaba Q. 2,144 al mes, mientras que una mujer recibía sólo Q. 630. Incluso en puestos de gerencia y directivos, un hombre tenía un ingreso promedio de Q. 7,450, mientras el de la mujer era de Q. 3,402. (12)

Al revisar la situación de alfabetismo en el país (personas de 15 años o más edad que pueden leer y escribir), resulta necesario mejorar esta condición para toda la población, pero la situación es aún peor en las mujeres. Para el año 2006, en todo el país, 82 de cada 100 hombres sabían leer y escribir, pero apenas eran 69 de cada 100 mujeres quienes podían hacerlo. En algunos departamentos como el Quiché el alfabetismo es aún más bajo, pues únicamente 66 de cada 100 hombres, y 38 de cada 100 mujeres podían leer y escribir. Estos números reflejan que las mujeres tienen menor acceso a la escuela. (12)

Otro aspecto importante a mencionar, y en el que se notan diferencias por género es la migración. De todas las personas que reciben remesas, provenientes de migrantes en Estados Unidos, la mayoría (55%) son mujeres. La mayoría de las personas que salen de Guatemala para ir a trabajar en el extranjero son hombres en edad de trabajar (20 años y más). Aunque cada vez hay más mujeres que migran, los hombres migran tres veces más que ellas. (9)

En el caso de la participación política y la representatividad, puede afirmarse que el Congreso del país ha sido ocupado primordialmente por hombres. En el Congreso, para el período 2008-2012,

¹¹- De acuerdo a la Real Academia Española, la homofobia se define como "Aversión obsesiva hacia las personas homosexuales".

de los 158 escaños existentes únicamente 21 mujeres fueron electas para ocupar alguno de estos puestos. (4)

Respecto a la pobreza, esta afecta tanto a hombres como a mujeres, pero persiste una proporción mayor de mujeres entre las personas pobres y extremadamente pobres. Para el año 2006, de todas las personas pobres el 52% eran mujeres y de todas las personas extremadamente pobres¹² el 51% eran mujeres. (4) El género, es útil sin embargo para analizar diferencias entre hombres y mujeres: por qué las mujeres tienen menos oportunidades de estudiar, tienen menos ingresos mensuales, o participación política limitada, o por qué son los hombres quienes más migran para buscar trabajo. Las ideas que hay respecto a cómo deben ser las mujeres y los hombres permiten explicar en gran medida la exclusión y discriminación que han prevalecido en Guatemala.

III. Género en la vida cotidiana

La información que se mostró en el apartado anterior refleja a nivel nacional las diferencias en ciertas condiciones sociales, económicas y políticas de hombres y mujeres. Ahora bien, las desigualdades de género también son parte del “día a día” de las personas; como se dijo anteriormente, las personas aprenden y construyen su identidad de género en cualquier ámbito (personal, familiar y comunitario), desde su nacimiento y a lo largo de todo el ciclo de vida. Como otros espacios de socialización, existen instituciones que juegan un papel importante en la reproducción de los mandatos e identidades de género como la escuela, las iglesias, los medios de comunicación, entre otras.

Las ideas predominantes sobre cómo son o cómo deben ser los hombres y mujeres pueden ser diferentes según el grupo social o cultural. Por esto, aunque pueden identificarse diversas situaciones que ejemplifican las relaciones de género de for-

ma general, es útil poner en contexto las situaciones que se presenten.

Para exponer algunos ejemplos, se tomarán los resultados del estudio “Caracterización de género en comunidades de la Boca Costa de Sololá y de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Los casos de: Pasaquijuyup, Pasac, Las Barrancas y El Tizate. (2005-2006)”, en donde se identifican algunas ideas y desigualdades de género. Este estudio permitió conocer mejor las formas de pensar y actuar de hombres y mujeres en dos espacios culturales distintos (la Boca Costa es área k'ich'é, y San Juan Ostuncalco es área mam). La siguiente tabla presenta algunas de las desigualdades de género identificadas. (14, 15)

A pesar de las diferencias entre las poblaciones, llama la atención que hubo mucha coincidencia en las respuestas que se daban por parte de los hombres y las mujeres. En ambos lugares se observa que las mujeres tienen múltiples jornadas laborales, pocos momentos para el descanso y la recreación, entre otros. Además tienen un mayor riesgo de sufrir violencia o agresiones sexuales, al mismo tiempo que se espera una mayor restricción de su sexualidad en comparación con los hombres.

IV. Género y salud

A. El género y las condiciones de salud

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, generan por sí mismos diferencias en sus condiciones de salud, enfermedad y muerte. Existen, sin embargo, diferencias sustanciales cuyo origen se encuentran en las identidades de género construidas puesto que influyen en cómo los hombres y mujeres perciben la salud-enfermedad, los riesgos y problemas que sufren y la manera en que atienden su salud. En los siguientes párrafos se presentan algunos aspectos

¹²- La pobreza se refiere a aquellas personas que alcanzan a cubrir el costo del consumo mínimo de alimentos, no así el costo mínimo adicional para otros servicios básicos. La pobreza extrema se refiere a aquellas personas que no alcanzan a cubrir el costo de consumo mínimo de alimentos.

Tabla No.4
DESIGUALDADES DE GÉNERO IDENTIFICADAS

DESIGUALDAD DE GÉNERO IDENTIFICADA	HOMBRES	MUJERES
Carga laboral	Tienen principalmente dos carga laborales: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo agrícola • Trabajo comunitario (sobre todo los líderes) 	Tienen principalmente tres cargas laborales: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo doméstico • Trabajo agrícola • Trabajo de apoyo al trabajo comunitario Y frecuentemente otras: tejido, ventas, etc
Toma de decisiones	Toman las decisiones importantes relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> • Venta de terreno • Venta de ganado • Distribución de los ingresos • Educación Nota. Aún si fue la mujer la que heredó la tierra, las decisiones sobre la misma las toma el hombre	Toman decisiones sobre la administración del hogar: <ul style="list-style-type: none"> • Compra y distribución de alimentos • Animales de corral • Cuidado de hijos/as en enfermedad
Descanso y recreación	Recreación: <ul style="list-style-type: none"> • Jugar fútbol • Tomarse un agua en la tienda y platicar con amigos Descanso: <ul style="list-style-type: none"> • Dormir después de la jornada de trabajo 	Recreación: <ul style="list-style-type: none"> • Estar con sus hijos • Ir al culto • Tejido Descanso: <ul style="list-style-type: none"> • Nunca se descansa porque el trabajo de la casa nunca se acaba. Cuesta identificar momentos de descanso, pero perciben que descansan cuando: <ul style="list-style-type: none"> • Están de post parto • Están enfermas
Participación comunitaria	Presencia mayoritaria en organizaciones comunitarias Causas: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor nivel de estudio y manejo del castellano • Idea de que tienen mayor capacidad 	Presencia reducida o nula Causas: <ul style="list-style-type: none"> • Carga laboral y cuidado de hijos • Monolingüismo y analfabetismo • Idea equivocada de que tienen menos capacidades que los hombres
Violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> • Historias de violencia sexual en ambas regiones • Casos de abuso sexual en niñas o pre-adolescentes • Violencia hacia las mujeres dentro de la familiar (No siempre se reconoce la violencia, pues se cree que sólo son golpes y no el maltrato o desvalorización) <i>Se observó que los grupos religiosos están jugando un papel positivo importante en promover los cambios de actitudes y comportamientos violentos</i>	

Fuente: Caracterización de género en comunidades de la Boca Costa de Sololá y de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Los casos de: Pasaquijuyup, Pasac, Las Barrancas y El Tizate. (2005-2006)

tos que impactan la salud-enfermedad de forma distinta en hombres y mujeres:

Percepción del cuerpo.

La forma en que se percibe el cuerpo puede afectar la salud pues determina el uso y cuidado del mismo. Las mujeres pueden percibir su cuerpo como un espacio de esfuerzo y sufrimiento vinculado con los mandatos de sexualidad y reproducción. Las mujeres responden a expectativas sociales en torno a la belleza, son valoradas sobre esto y con frecuencia son cosificadas (percibidas como "cosa" u objeto) en el plano sexual. A partir de esto, problemas como la imposición de embarazos no deseados, la violencia contra la mujer, los abusos y las violaciones sexuales pueden percibirse como naturales o necesarios, y legitiman socialmente la subordinación de la mujer. (8)

En el caso de los hombres, su cuerpo está relacionado a ideas de dureza, fuerza y violencia que tiene consecuencias negativas para la salud. La identidad masculina expone a los hombres a más riesgos y problemas como accidentes y muertes violentas.

Concepto del riesgo.

La identidad masculina dominante presiona a los hombres a adoptar conductas de mayor riesgo para la salud, como mecanismo para ser más aceptados en la sociedad, pudiéndose mencionar como ejemplos el consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco o drogas, así como conductas sexuales de alto riesgo, y mayor violencia. También, por la idea de que son "fuertes" los hombres no buscan atención clínica. En el caso de las mujeres es más probable que estas intenten no exponerse, por lo que puede ser un elemento de protección. (8)

Roles y noción de cuidados.

La identidad femenina está asociada a proveer cuidados y atención en salud a otras personas, por lo que las mujeres asumen una mayor responsabilidad en la salud familiar y posiblemente posterguen el cuidado de su propia salud en función de otros(as) integrantes de la familia. En el caso de los hombres, éstos reciben una fuerte presión para ejercer el rol de proveedores, sin involucrarse en el cuidado de la salud de la familia. (8)

Mandatos sobre comportamientos sexuales.

En muchas sociedades, como la guatemalteca, el ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres se carga con mensajes de represión o restricción, mientras que para los hombres hay ideas de respaldo o permisividad. Mientras que los mandatos para las mujeres pueden generar insatisfacciones o frustración, para los hombres se generan riesgos hacia su salud por establecerse contactos sexuales sin protección y/o con múltiples parejas. (8)

Los roles productivo y reproductivo.

Además del trabajo reproductivo (embarazo, parto, lactancia, cuidados y crianza), el trabajo doméstico y otras actividades productivas que realizan las mujeres conllevan un desgaste físico de importancia. Éstas, aunadas con problemas de alimentación, maternidad y participación limitada resultan en un deterioro de su salud. Incluso cuando las mujeres realizan trabajos fuera del hogar, mantienen bajo su cargo las tareas domésticas y otras comunitarias, que supone una fuerte carga laboral por múltiples jornadas sin oportunidades para el descanso y la recreación.

Para los hombres, el trabajo productivo que realizan juega un importante papel en su salud-enfermedad. Los horarios laborales, exigencias físicas, descanso restringido, alimentación precaria, condiciones ambientales de riesgo y bajos ingresos económicos suponen un desgaste del cual no logran reponerse satisfactoriamente. En un contexto de precariedad económica, puede resultar difícil para los hombres cumplir con su rol de proveedor del hogar, generando preocupaciones o frustraciones que afectan su salud y bienestar general. (5)

Identidad masculina como riesgo para sí mismo, así como para mujeres y niños.

La manera como se educa a los hombres bajo la identidad masculina predominante genera una menor esperanza de vida, influye en las causas de mortalidad en la edad productiva y en los cuidados que los hombres se proveen a sí mismos. También se asocia a un mayor consumo y dependencia del alcohol, mayores problemas por infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Así

también, la identidad masculina promueve una mayor agresividad, competencia y conductas temerarias que se convierten un riesgo para mujeres, niños(as), otros hombres y para sí mismos. (8)

En la problemática de violencia doméstica se observa que las personas principalmente más afectadas son las mujeres y los(as) niños(as), en tanto que son los hombres los principales agresores. (4) La violencia puede ser un mecanismo al cual recurren los hombres cuando sienten cuestionada su masculinidad. Algunos de los problemas relacionados con los mandatos de la sexualidad son el embarazo impuesto sobre las mujeres, la no participación o resistencia del hombre a utilizar métodos de anticoncepción, así como su involucramiento el embarazo, parto y paternidad.

Para el año 2004 en Guatemala, la esperanza de vida al nacer¹³ de las mujeres era de 70 años, mientras que para los hombres fue de 64 años. (11) En la mayoría de países, incluyendo Guatemala, las mujeres viven más que los hombres tanto por aspectos biológicos como por aspectos sociales y de género. Pero vivir más no significa vivir mejor, pues a lo largo de la vida de las mujeres padecen más trastornos agudos, más enfermedades crónicas no mortales y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo. (3) Cuando se pregunta a las personas sobre algún problema de salud en los últimos 30 días, las mujeres reportan una mayor ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud que los hombres. Este reporte está asociado con una mayor frecuencia real de enfermedad y consultas a los servicios de salud y puede deberse a la función reproductiva que cumplen las mujeres y que amerita un mayor conocimiento de los servicios y mayor número de consultas. (2)

De todas las muertes registradas en el año 2006 en Guatemala, el 58% fueron hombres. Cuando se observan las diez primeras causas de muerte para hombres y mujeres se observan problemas comunes como las neumonías y bronconeumonías, diarrea y desnutrición (problemas vinculados con carencias económicas y falta de acceso a servicios

de salud). En las primeras diez causas de muerte de mujeres destacan la diabetes, los infartos del corazón y la hipertensión (presión arterial elevada). (4) Un aspecto alarmante son las muertes por complicaciones en el embarazo, parto y postparto; por ser muertes que pueden evitarse se consideran un claro reflejo de la discriminación social que viven las mujeres. (3)

En las defunciones de los hombres llaman la atención las muertes por violencia, accidentes y problemas del hígado (P.ej. cirrosis, que se asocia frecuentemente con el alcoholismo). (4) En el caso de las muertes por violencia son los hombres quienes más las sufren, pero también quienes más la ejercen.

B. El género y la atención de la salud

Los cuidados, así como la respuesta cuando se presenta un problema de salud, son diferentes en hombres y mujeres. Cuando se echa un vistazo a cómo se distribuyen las responsabilidades y el trabajo, las mujeres representan una porción mayoritaria de la fuerza laboral en salud y en el voluntariado comunitario. Las mujeres son, además, las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia como en la comunidad. De hecho, las primeras acciones que se realizan ante una enfermedad las realizan gratuitamente las mujeres en el hogar y la comunidad, y son quienes por lo general asumen el cuidado de personas adultas mayores, niñas(as), y personas con enfermedades crónicas. (3)

Respecto al autocuidado, los hombres toman muy pocas medidas que favorezcan su salud, se identifica en los hombres algunas dificultades para pedir ayuda, y con frecuencia niegan o minimizan sus problemas de salud. Los hombres tienden a “aguantar” y retrasar la búsqueda de atención en servicios de salud, y predomina la idea que los servicios de salud son para mujeres y niños(as). (8) Las causas por las cuales los hombres buscan atención están vinculadas con sus actividades de trabajo

13- La esperanza de vida al nacer es el número promedio de años que puede preverse que vivirán los bebés recién nacidos teniendo en cuenta las condiciones actuales de salud.

(accidentes o desgaste físico), violencia y adicciones, pero por parte de los servicios de salud no existen programas o estrategias que aborden sus necesidades particulares de salud. Con frecuencia, cuando se presenta alguna infección de transmisión sexual por sus comportamientos de riesgo, los hombres buscan otros medios para resolver el problema como la atención en farmacias y no en clínicas o consultorios.

Las mujeres, en promedio, tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, pero esto no representa necesariamente una ventaja. En Guatemala, por ejemplo, la atención que proveen los servicios públicos de salud se enfoca en los aspectos de salud reproductiva como los métodos de planificación familiar, el embarazo, parto y postparto, y algunas acciones para la detección temprana del cáncer de cérvix (cuello de la matriz). Si bien es cierto que este trabajo en salud es fundamental, también resulta necesario que los servicios brinden una atención más integral en la que se aborden otras dimensiones no reproductivas de las mujeres. Por otro lado, muchos de los programas y estrategias de salud en el nivel comunitario se basan en el trabajo voluntario de las mujeres, pero desde el cual se reproducen sus roles de cuidadoras de salud, sin promover una mayor participación de los hombres.

V. La perspectiva de género en la Estrategia

La perspectiva de género es una de las cuatro perspectivas de *la Estrategia*, por lo que debe verse en conjunto con las otras perspectivas: derecho a la salud, pertinencia intercultural y medio ambiente. Las perspectivas son los ejes transversales *la Estrategia*, es decir que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en la institución en aspectos como la conformación de equipos, normas y clima organizacional.

Las perspectivas ayudan a comprender mejor la salud-enfermedad de las personas y los grupos, pues se logran analizar las determinantes y condicionantes de la salud, los riesgos y problemas principales, así como las concepciones, comporta-

mientos y prácticas relacionadas con la salud. A la vez, las perspectivas son útiles para impulsar acciones más adecuadas a las necesidades de salud, realizando acciones que atienden las necesidades más urgentes y de corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, grupos, instituciones y entorno.

La perspectiva de género no se entiende siempre igual. *La Estrategia* considera que el enfoque de género que impulsan muchas estrategias e iniciativas de salud no es suficiente pues suele tener un énfasis clínico e individual, concentrado en el rol reproductivo de las mujeres. Estos enfoques no terminan de relacionar las condiciones de salud de las mujeres con sus condiciones sociales, pero además invisibilizan las necesidades de salud de los hombres. (7)

Se advierte que la mayoría de iniciativas de salud se limitan a reconocer a las mujeres como grupo social discriminado y proponen un mayor acceso de ciertos servicios para ellas, pero no se llega a cuestionar ni a plantear cambios en las identidades masculina y femenina dominantes, los mandatos de género, o las relaciones de poder desiguales que hay entre hombres y mujeres. (7)

Para superar los enfoques parciales, *la Estrategia* plantea tres aspectos básicos de su perspectiva de género:

Reconoce la existencia del patriarcado en la sociedad.

Los hombres y las mujeres establecen relaciones desiguales de poder que se traduce en la discriminación y opresión de estas últimas. *La Estrategia* reconoce la igualdad de derechos de todas las personas, pero impulsa acciones específicas para transformar las relaciones entre hombres y mujeres. (7) Por ejemplo, aunque la atención se brinda a hombres y mujeres, para las mujeres se brinda atención y consejería sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

La perspectiva de género toma en cuenta el contexto histórico y social.

Esto significa que debe considerar que las iden-

tidades y las relaciones de género son diferentes según el momento y los aspectos culturales. Esta consideración evita la imposición de ideas desde una lógica occidental o “ladina” dominantes, pero también tiene el cuidado de no justificar desigualdades bajo el pretexto de la “tradición cultural”. (7)

Aborda el género como una perspectiva relacional.

El género permite entender y transformar las relaciones entre hombres y mujeres, y no solamente la condición social de las mujeres. El género influye en la salud de todas las personas, siendo evidentes las desventajas y consecuencias negativas para las mujeres. Si bien es cierto que para los hombres existen ciertas ventajas o privilegios sociales, la identidad masculina dominante también puede deteriorar su salud, generando una mayor carga de enfermedad y muerte.

Las ideas existentes sobre cómo deben ser las mujeres y los hombres han sido creadas y reproducidas por la sociedad, sus personas e instituciones. Al no ser mandatos divinos ni características naturales, significa que estas identidades y mandatos pueden cambiarse, y promover relaciones más justas entre hombres y mujeres. Este es un desafío que debe ser asumido por el trabajo de salud. (7)

Bajo estas tres premisas, desde *la Estrategia* se desarrollan acciones concretas orientadas a eliminar estas desigualdades. En términos operativos, las acciones se dirigen a atender las necesidades de salud específicas de hombres y mujeres, al mismo tiempo que se propone transformar las relaciones entre géneros que producen desigualdad. La perspectiva de género se refleja en la atención integral a las personas, familias y comunidades, en el sistema de vigilancia y de información, y en la organización y clima laboral, como se presenta a continuación:

Atención integral a hombres y mujeres.

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

comunitarios. Los puestos de salud cuentan con material visual (carteles, mantas vinílicas y fotografías) con el que se ofrece la atención a hombres, personas adultas mayores, jóvenes y mujeres embarazadas y no embarazadas.

Para la atención de las mujeres se consideran los aspectos reproductivos y los no reproductivos. Cuando las mujeres acompañan a otra persona en las consultas, se les pregunta acerca de su salud. Desde *la Estrategia* se han elaborado guías para la consulta en las que se destacan los problemas más comunes de la mujer más allá de los problemas reproductivos.

También se han elaborado guías para brindar atención a hombres y personas adultas mayores, que facilitan la identificación de los problemas más frecuentes según su ciclo de vida y sexo, e información para brindar la consejería y orientación adecuadas a las personas. (7)

Dada la cercanía con algunas organizaciones comunitarias, desde *la Estrategia* se ofrece atención a terapeutas mayas, terapeutas populares, abuelas comadronas e integrantes de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE) y las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC).

Tanto para hombres como para mujeres hay una oferta sistemática de atención, y bajo ninguna condición se niega información sobre derechos sexuales y de planificación familiar a mujeres y hombres.

Atención integral a la familia, con perspectiva de género.

Durante las visitas a las familias se identifican riesgos diferenciados por ciclo de vida y sexo, así como la búsqueda de problemas de violencia, adicciones o abuso sexual. Para los riesgos y problemas que se detectan están establecidas las acciones inmediatas y de seguimiento.

Como parte de la atención a las familias se establecen Planes de Emergencia Familiar (PEF) que se elaboran con las familias en donde hay alguna mujer embarazada. Con los PEF se asegura que la familia cuente con los recursos y apoyos en

caso sea necesario trasladar a la mujer a algún servicio de salud por alguna complicación del embarazo, parto o período postparto, o de un(a) niño(a) recién nacido(a). Para que estos planes se activen se requiere que las personas que toman decisiones en la familia estén convencidas de la necesidad de llevar a la mujer o a el (la) bebé; por esto, desde el momento que se brinda atención durante el embarazo, se identifica y trabaja con las personas que toman decisiones (hombres y mujeres) para que los PEF se activen cuando surja alguna emergencia. (7)

Participación de hombres y mujeres en el cuidado de la salud familiar. Desde *la Estrategia* se reconoce a las mujeres como cuidadoras en la familia, y apoya el fortalecimiento de sus capacidades para la atención en salud a través de la consejería. Al mismo tiempo, se promueve la participación de los hombres en la autoatención y el cuidado de niñas(os) a través de mensajes clave y material visual (carteles y fotografías) que se comparten en las visitas familiares, en los puestos de salud y en el trabajo con grupos comunitarios. (7)

Trabajo educativo-preventivo con grupos de jóvenes. *La Estrategia* contempla el desarrollo de reuniones con jóvenes (hombres y mujeres) para la prevención de la violencia basada en género. En estas actividades, las y los jóvenes discuten principalmente temáticas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, expresión de emociones, paternidad responsable, violencia y adicciones; además, se ha mostrado apertura para debatir otros tópicos propuestos por las y los participantes y que estén más relacionados con su realidad local. Todos los temas son abordados desde una perspectiva de género y con pertinencia intercultural.

Sistema de información y vigilancia de la salud basada en género. Todas las actividades de atención que se brindan se registran en formularios y se ingresan en una base de datos de computadora. Esto permite generar informes con datos según sexo, ciclo de vida, lugar, fecha, tipo de atención y

otras variables. De esta manera puede conocerse cuántos hombres y mujeres de diferentes edades están buscando atención, cuáles son los principales problemas de salud y las causas de muerte dependiendo del sexo, cuáles son los principales riesgos que afectan a las familias. Esta información permite tomar decisiones sobre nuevas estrategias o acciones a impulsar, y detectar logros alcanzados o problemas por resolver.

Existen algunas metas específicas que se monitorean como por ejemplo las consultas que se dan a mujeres de 15 años o más por motivos no reproductivos, la proporción de consultas para hombres, el número de hombres y mujeres convencidas en implementación de PEF, entre otros. (7)

Organización y clima laboral. Trabajar bajo la perspectiva de género es un desafío pues requiere de cambios en la organización de la institución que provee la atención. En el trabajo, *la Estrategia* impulsa la conformación de equipos mixtos (hombres y mujeres), la distribución equitativa de tareas que tradicionalmente se consideran como propias de mujeres (p.ej. limpieza del puesto de salud, lavado del equipo, lavado de ropa de cama), así como la definición de normas en las relaciones laborales y no tolerancia de expresiones o conductas que legitiman el machismo. Algo importante es que las cuatro perspectivas de *la Estrategia* (derecho a la salud, género, pertinencia intercultural y medio ambiente) deben ser interiorizadas por el personal de salud, por lo cual se trabajan estos temas como parte de la formación permanente.

Se hace necesario normar y verificar en la práctica que las conductas y actitudes del personal proyecten la perspectiva de género; en la medida que el ejemplo arrastra, se facilita el abordaje de la perspectiva cuando se trabaja con las personas, familias y comunidades. (7) En la organización no existe una comisión específica o especialista de género, sino que todos y todas deben asumir un compromiso de trabajar con esta perspectiva, y con especial responsabilidad en los(as) coordinadores(as) y gerentes de los equipos.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PEF	Plan de Emergencia Familiar
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Cazés, D. (2000) La perspectiva de género. México, DF: CONAPO-Comisión Nacional de la Mujer. Pp. 31-116, 185-205.
http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/cazes/02_cazes.htm
- Garcés de Marcilla, AL y CI Garcés de Marcilla (2008) El sistema de salud en Guatemala, 5: ¿A quién acudimos cuando buscamos salud? Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 70 p.
- Gómez Gómez, E. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. RevPanam SaludPublica/Pan Am J PublicHealth 11(5/6), 2002. www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderEquity.pdf
- INE (2008) Mujeres y hombres en cifras 2008. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística. 72 p. www.ine.gob.gt/descargas/cifras/Mujeres&HombresenCifras2008.pdf
- Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, MedicusMundi Navarra, Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
- Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133 p.
- MedicusMundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: MedicusMundi, CORDAID, Unión Europea. 125 p.
- Morales, L. (2002) Identidades de género, masculinidad y poder: Algunos vínculos entre género y salud. Portadores de Sueños. Año 1, número 4, octubre-diciembre. (Pp. 21-24)
- OIM (2007) Encuesta sobre remesas 2007. Perspectiva de género. Cuadernos de trabajo sobre migración No. 24. Guatemala: Organización Internacional para las Migraciones, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer. www.oim.org.gt/documentos/Cuaderno%20de%20Trabajo%20No.%2024.pdf
- OPS (2003) Equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/OPS. Archivo de diapositivas. www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GEHpresentationSpanish.ppt
- OPS (2005) Género, Salud y Desarrollo en las Américas - Indicadores Básicos 2005. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). 24 p. www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderBrochureSP05.pdf
- PNUD (2008) Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007/2008. Guatemala: ¿Una economía al servicio del desarrollo humano? (Anexo estadístico). Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Proyecto "Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en tres Distritos, con carácter piloto". Lecciones aprendidas de la caracterización de género, propuesta de implementación y seguimiento en el proyecto. Julio, 2006. Documento de diapositivas.
- Proyecto "Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en tres Distritos, con carácter piloto". Avances en la implementación de la perspectiva de género del proyecto piloto. Marzo, 2007. Documento de diapositivas.
- Proyecto "Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en tres Distritos, con carácter piloto" (2007). Informe Ejecutivo. Caracterización de Género de dos Comunidades de la Boca Costa de Sololá y San Juan Ostuncalco Quetzaltenango los Casos Pasaquijuyup, Pasaq y Las Barrancas.

Capítulo 5

La perspectiva de medio ambiente

La Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud —*la Estrategia*— se ha desarrollado en base a cuatro perspectivas: el derecho a la salud, el enfoque de género, la interculturalidad y el medio ambiente. El presente capítulo desarrolla la perspectiva de medio ambiente, que presenta inicialmente algunas ideas que faciliten la comprensión del medio ambiente, explica algunos de los problemas ambientales más importantes en la actualidad según el ámbito de incidencia y su relación con la salud, y presenta la manera en que esta perspectiva se ha desarrollado en *la Estrategia*.

I. Ideas elementales para comprender el medio ambiente

El medio ambiente con frecuencia se define como “todo lo que nos rodea” o el lugar en el que vivimos con todos sus elementos como el aire, el suelo, la luz, las plantas, animales y demás organismos, pudiéndose extender hasta otros elementos fuera de la tierra como la luna, el sol y el universo en general. Pero más allá de ver el medio ambiente como el “entorno”, es necesario incluir a la humanidad y los productos de su cultura (familia, trabajo, valores, arte y demás) como parte del medio ambiente. (2, 8) Muchos son los elementos que integran el medio ambiente, algunos se mencionan a continuación:

- El aire y la atmósfera.
- El espacio exterior, la Luna, el Sol, otros planetas, estrellas y galaxias.
- La tierra, el suelo y subsuelo, minerales y rocas, volcanes y montañas.
- La biodiversidad con diferentes especies de fauna (animales) y flora (plantas), así como otros tipos de organismos como virus, bacterias, hongos.
- El agua, incluyendo los ríos, lagos, océanos y sus corrientes, lluvia y demás.
- El clima y los elementos y factores que lo determinan, como la traslación y rotación de la Tie-

rra, la latitud y altitud, topografía del terreno, presión atmosférica.

- Procesos ecológicos como la fotosíntesis, la regeneración de los suelos, purificación natural de las aguas y el reciclado espontáneo de los nutrientes.
- Las personas, sus actividades, procesos y productos de su cultura. El humano y sus acciones como las ciudades y las carreteras, los edificios y los vehículos, los cultivos y las fábricas, son parte del medio ambiente.

Para abordar el tema ambiental es importante comprender que todos los elementos del medio ambiente están relacionados entre sí, directa o indirectamente, y que es necesario mantener estas relaciones en armonía. Por eso se dice que en el medio ambiente existe un equilibrio y que al momento de que alguna de sus partes se pierde o se altera, entonces se rompe ese equilibrio y todas las demás partes se verán afectadas. (1)

Los siguientes son algunos ejemplos de cómo están relacionados los diferentes elementos del medio ambiente:

Cadenas alimenticias.

Existen animales que comen plantas, y animales que se alimentan a su vez de otros animales. A esta necesidad o dependencia de unos seres vivos de otros para alimentarse y poder sobrevivir se le co-

noce como cadenas alimenticias. (1) Cada cadena se inicia con un organismo que produce o fabrica su propio alimento, y que generalmente es una planta o vegetal. Después se observan los consumidores y por último los organismos descomponedores que son los que actúan sobre los organismos muertos, degradan la materia orgánica y devuelven a la tierra elementos como el nitrógeno y a la atmósfera sustancias como el dióxido de carbono.

A modo de ilustración puede imaginarse la siguiente cadena: el suelo alimenta a la planta, la planta alimenta a la mariposa, la mariposa alimenta al sapo, el sapo alimenta a la culebra, la culebra alimenta al águila, y cuando el águila muere se desintegra en el suelo por la acción de bacterias y hongos. El suelo y los animales son los eslabones de una cadena, si uno de estos eslabones llega a faltar entonces se rompe la cadena alimenticia; algunos animales pueden desaparecer por no encontrar su alimento.

También puede darse la proliferación excesiva de animales porque no hay otros que se los coman, como lo que sucedió en Petén cuando en 1998 se murieron muchas de las culebras a causa de incendios forestales que afectaron esa zona. Debido a la escasez de culebras en los primeros meses de 1999 hubo una plaga de ratas que afectaron a la población tanto porque consumían alimentos y granos de las personas, así como por las enfermedades que transmitían. (13)

El ciclo del agua.

El agua es un elemento importante para la vida en la Tierra, y en la naturaleza está en continuo movimiento. El agua que se encuentra en el suelo, las plantas, los ríos, lagos y océanos se evapora por el calor del sol, sube hacia el cielo (atmósfera) en donde se condensa formando nubes. Cuando las nubes están muy cargadas el agua vuelve a caer a la tierra en forma de lluvia, en donde da origen a los ríos, lagos y lagunas; el agua también se filtra por la tierra y forma las aguas subterráneas. A este movimiento continuo del agua se le llama ciclo del agua.

El Sol y su importancia en el medio ambiente.

El Sol es la estrella alrededor del cual gira nuestro planeta Tierra (traslación) con lo cual se mar-

can las estaciones del año (invierno, primavera, verano y otoño, lluviosa/seca); éstas son importantes para los diferentes cultivos, plantas, animales y demás. Además, cuando la Tierra gira sobre su propio eje (rotación), una parte del planeta recibe la luz del Sol (está en el día) y otra parte del planeta queda en la sombra (está de noche).

El Sol genera energía, luz y calor necesarios para poder vivir. Por ejemplo, para las plantas el sol es importante porque su energía les permite aprovechar los nutrientes del suelo, el aire y el agua, y transformarlos en alimento. (1)

El ciclo de la materia orgánica. Para poder crecer y desarrollarse, las plantas necesitan de agua, aire y sol, y también requieren de tierra con nutrientes para absorber a través de sus raíces. Los animales, al alimentarse de las plantas, aprovechan los nutrientes que la planta tomó del suelo. A su vez, los animales aportan nutrientes al suelo, pues la orina, el estiércol e incluso sus cadáveres, cuando se descomponen, pueden funcionar como abono para la tierra.

Ecosistemas.

Cada ecosistema se refiere la interdependencia de organismos, energía y materiales en un mismo hábitat o ambiente, y en donde se observa una serie de cadenas alimenticias. Existen muchos tipos de ecosistemas (marinos, ríos y lagos, bosques, selvas, desierto) y en cada uno de ellos pueden apreciarse diferencias en el paisaje, la vegetación, los animales, el tipo de suelo, la cantidad del agua o el clima, entre otros.

En Guatemala, debido a su variedad geográfica pueden encontrarse diferentes ecosistemas vegetales entre los que se mencionan los bosques latifoliados (árboles que cambian de hojas y color), bosques de coníferas (pino, ciprés), bosques de arbustales, bosques de herbazales, entre otros. (15)

Resulta fundamental recordar que los hombres y las mujeres son parte del medio ambiente, y que dependen totalmente de las relaciones que generan con los demás elementos ambientales pues de

aquí toman todo lo que necesitan para vivir. A su vez, los seres humanos modifican de forma importante el medio ambiente y, dependiendo de cómo se relacionan en él, pueden impactar en el equilibrio y armonías existentes.

II. Problemas ambientales actuales

Los problemas ambientales se dan tanto por condiciones naturales, como por las actividades humanas. Actualmente, los grandes problemas ambientales tienen su origen en las actividades de los seres humanos que han alterado gravemente el equilibrio en el medio ambiente; por esto es que se les conoce como problemas antrópicos (“anthropos” significa “ser humano”, en griego).

Los cambios ambientales se producen por las dinámicas humanas en donde se observa un aumento en la cantidad de habitantes con mayor tiempo de vida, que genera una alta demanda de elementos ambientales. Esto se acompaña de una lógica de producción y consumo, en donde se hace un uso y explotación irracional de estos elementos ambientales con alto poder de degradación, contaminación y destrucción.

Puede afirmarse que el problema fundamental es el modo de vida de los humanos que considera que el medio ambiente está a su servicio. Bajo este enfoque de superioridad y utilitarismo se toman decisiones que favorecen intereses económicos y políticos, en desmedro de la integridad ambiental.

Dependiendo del ámbito de incidencia, los principales problemas ambientales pueden clasificarse de la siguiente manera (10):

- Globales
- Regionales o transnacionales
- Nacionales
- Locales

Esta clasificación permite reconocer qué tan amplio es el problema, pero también saber a qué nivel tienen que tomarse decisiones y llevar a cabo acciones para resolver estas situaciones.

Los problemas pueden ser variados, pero están relacionados entre sí. Es así como los problemas globales tienen incidencia sobre los niveles transnacionales-regionales, nacionales y locales; pero también hay repercusiones de los problemas locales hacia los niveles nacionales, regional-transnacional y global. Esto significa que las acciones de solución de los problemas ambientales deben generarse en todos los niveles, desde lo global hasta lo local y desde lo local hacia lo global.

A. Problemas globales del medio ambiente

Los problemas globales son aquellos que afectan al planeta, los seres y elementos que lo habitan, y que tienen consecuencias que actúan en mayor o menor medida en el bienestar de toda la humanidad. Son muchos (o todos) los países que sufren las consecuencias, y aunque también son muchos los países responsables de los problemas pueden identificarse algunos que “contribuyen más” a generarlos. Para alcanzar alguna solución, es necesario contar con todos o la mayoría de los países, crear acuerdos y mecanismos que obliguen a los países a cumplir con estos compromisos.

Entre los problemas globales es relevante mencionar:

El calentamiento global.

La Tierra recibe y absorbe parte del calor que proviene del Sol, pero parte de este calor debería de salir del planeta. Sin embargo, debido a acciones humanas, (como el uso de combustibles (petróleo, biodiesel) en máquinas, vehículos, motores, etc.) se generan gases invernadero (vapor de agua, dióxido de carbono, óxido nitroso, clorofluorocarbonos) que no permiten que salga el calor del sol de la Tierra (10). Así, la temperatura que hay en la Tierra aumenta; este es un efecto parecido a la fiebre en las personas en donde hay un aumento de la temperatura.

El calentamiento global genera el deshielo de témpanos y nieve de la Tierra, con lo que se vierte más agua a los mares, aumentando el nivel del mar y cubriendo las zonas de la costa y orillas de los ríos. También se altera el ciclo del agua, por lo que la lluvia cae de manera irregular. Mientras en

algunos lugares llueve en exceso y se producen inundaciones, en otras partes del mundo se sufren sequías. Por esto se dice que muchos fenómenos como las tormentas y los huracanes no pueden ser considerados como “naturales”, porque son efecto de las actividades humanas.

Con el aumento de la temperatura en la tierra también es frecuente observar una mayor presencia de plagas y enfermedades en lugares en donde antes no existían, como por ejemplo el aumento de insectos que transmiten enfermedades como el paludismo, el dengue y Chagas.

Destrucción de la capa de ozono.

El ozono es un gas que forma parte de la atmósfera de la Tierra y sirve como filtro de la luz del Sol, pues absorbe las radiaciones ultravioleta. Con la emisión de gases de clorofluorocarbono (CFC) (usados en refrigeración, aire acondicionado o aerosoles) se ha generado una destrucción en la capa de ozono, por lo que la Tierra recibe una mayor cantidad de rayos ultravioleta provenientes de la luz solar. Estas radiaciones aceleran el cambio climático, y tienen efectos nocivos sobre diferentes elementos como las plantas, animales o ecosistemas completos. (10) También afectan la salud humana al promover cambios en las células y una mayor aparición de cáncer, disminuir las capacidades del sistema inmunológico o deteriorar órganos sensibles como los ojos y la piel.

La pérdida de la diversidad biológica.

La diversidad biológica es la gran variedad de plantas y animales que existe en los ecosistemas. Existen alrededor de dos millones de especies conocidas en el mundo, y otros once millones de especies aún desconocidas. Actualmente más de 30,000 especies de plantas y 5,000 especies de animales están en peligro de extinción, estimándose que cada día se extinguen 20 a 75 especies. La extinción de una especie es irreversible, y afecta negativamente a otras especies y a ecosistemas enteros, debido a la interrelación e interdependencia que existe entre todos los elementos del medio ambiente. (9)

El origen de la destrucción de la diversidad biológica se encuentra en las poblaciones humanas e

instituciones con sus lógicas culturales y económicas que no valoran adecuadamente el ambiente y sus componentes, promoviéndose la caza y explotación destructiva, reduciéndose los hábitats y ecosistemas necesarios para la biodiversidad. (10) La ingeniería genética que desarrolla alteraciones en animales y plantas también puede considerarse otra amenaza al equilibrio de los ecosistemas y la diversidad natural de las especies.

Aumento de la carga de nitrógeno.

El nitrógeno es un elemento que se encuentra naturalmente en el aire y en el suelo, y es necesario para la vida de plantas, animales, bacterias, hongos, entre otros. En el medio ambiente se da un proceso conocido como ciclo del nitrógeno con el cual se “moviliza” y equilibra el nitrógeno entre el aire, el suelo y los organismos. El nitrógeno también se encuentra de forma combinada en otras sustancias como la urea, el ácido úrico o el amoníaco.

Diferentes actividades humanas han alterado el ciclo natural del nitrógeno: utilización de fertilizantes en producción agrícola intensiva, la quema de combustibles fósiles (petróleo, gas y carbón), el cultivo de leguminosas, uso de ciertos jabones y detergentes. Estas actividades, entre otras, promueven que el nitrógeno se deposite en los ecosistemas acuáticos y terrestres con graves consecuencias como: crecimiento excesivo de plantas, algas y mareas rojas, muerte de peces en los sistemas acuáticos; alteración de la calidad de agua; contaminación atmosférica y lluvia ácida; aumento de la acidez en los suelos y disminución de nutrientes; daño a raíces de los árboles y plantas. (10)

En Guatemala pueden observarse varios casos de cómo la carga de nitrógeno puede afectar los ecosistemas acuáticos, pudiendo mencionar como ejemplos lo que sucede con el lago de Amatitlán y el lago de Atitlán. Ambos lagos reciben ríos contaminados con desechos humanos, desechos de animales, desechos industriales, detergentes, fertilizantes y agroquímicos de cultivos cercanos, lo cual ha generado mayor presencia de nitrógeno con el consecuente aumento de algas y bacterias (cianobacterias).

El agotamiento y contaminación de los elementos y sistemas de los mares extra-continetales.

Los océanos y mares son fuente de diversidad biológica, y de estos tomamos diferentes elementos para la alimentación, recreación, comunicación y sobrevivencia humanas, como peces, mariscos, arena, sal, rocas o combustible. Actualmente se observan varios problemas creados por la humanidad debido a la concentración de la población mundial en las franjas costeras, contaminación de las aguas marinas por utilizarlas como vertederos de desechos, contaminación por derrames de buques que transportan combustibles y químicos, sobreexplotación pesquera. (10)

B. Problemas regionales o transnacionales del medio ambiente

Estos problemas hacen referencia a que su impacto se manifiesta en una región del planeta que involucra a más de un país. Debido a que existe un menor número de países afectados (comparado con los problemas globales) y que están cercanos, debiera de facilitarse la adopción de soluciones en conjunto, así como la creación de un marco institucional. (10)

Entre los problemas que se identifican como regionales o transnacionales se encuentran:

- La contaminación atmosférica
- La lluvia ácida
- La contaminación hídrica
- La deforestación

Un problema transnacional que afecta el continente americano, así como a Asia y Oceanía es el fenómeno de "El Niño". El Niño es un fenómeno más o menos cíclico (cada 3 a 7 años) y natural, aunque podría estar influenciado por el calentamiento global acortándose el ciclo y produciéndose más frecuentemente. Se refiere al calentamiento de las aguas marinas de Perú y Chile con efectos sobre muchos otros países, particularmente los de Centroamérica. Recibe el nombre de Corriente de El Niño, pues se inicia en la época de Navidad, cuando se conmemora el nacimiento del niño Jesús, y perdura por varios meses. (18, 19)

El calentamiento de las aguas del Pacífico genera cambios en la circulación atmosférica global y los efectos pueden ser variables, golpeando a poblaciones con sequías, inundaciones, olas de calor y otros cambios que desorganizan la agricultura, la pesca, el medio ambiente, la salud, la demanda de energía, la calidad del aire. Las áreas más afectadas por lluvias son la costa del Pacífico en Sudamérica, la costa del Golfo de México, el centro de Argentina y el sur de Brasil. Por el contrario, la lluvia se reduce en Centroamérica y en las islas del Caribe. (18,19)

C. Problemas nacionales y locales de medio ambiente

Se consideran problemas nacionales aquellos cuyo origen y efectos están limitados al ámbito de un país. En este nivel se reconoce que existen intereses diversos en la sociedad, pero también se identifican autoridades a quienes les corresponde realizar liderar y coordinar esfuerzos para resolver los problemas, como el gobierno central y su ministerio de medio ambiente, o las municipalidades. Son varios los recursos necesarios para poner en marcha acciones efectivas, como por ejemplo un buen conocimiento del problema, poder económico y social, así como voluntad política. Uno de los ejemplos más notorios de los problemas nacionales de medio ambiente es el agotamiento de los elementos hídricos (agua), la explotación minera o petrolera. (10)

Los problemas locales son aquellos cuyo nivel de dispersión geográfica es limitado, y sus efectos se concentran en un espacio más bien reducido. Dentro de estos problemas pueden mencionarse la contaminación acústica (ruido) y lumínica (luz), así como algunas manifestaciones de contaminación del aire, agua y suelos.

Aquí también pueden observarse algunos problemas relacionados con el medio ambiente "construido", como por ejemplo el manejo de desechos, el crecimiento urbano desordenado, las malas condiciones de vivienda, redes de distribución de agua, o el contacto inadecuado con animales.

Los problemas ambientales nacionales y locales de Guatemala son muy variados, y no debe perderse de vista que están relacionados entre sí y vinculados con los problemas ambientales regionales y globales. Algunos de los problemas nacionales que deben mencionarse son (14, 17):

Deforestación, pérdida de selva y bosques primarios.

Los bosques son primordiales para los procesos naturales pues son hábitat de diferentes especies de animales y plantas, filtran y retienen el agua en el suelo, y juegan un papel importante en ciclos naturales como el del agua, nitrógeno y otros elementos. Son también fuente de beneficios para las poblaciones humanas pues proveen plantas medicinales, suelo fértil, energía, materiales para el trabajo, alimento, además de ser considerados como lugares sagrados y de espiritualidad.

La destrucción y pérdida de los bosques de Guatemala se ha acelerado en las últimas décadas y se calcula que cada año se pierden más de 73,000 hectáreas de bosque, esto equivale a perder una extensión de 200 campos de fútbol al día. Las zonas del país en donde se da la mayor pérdida de bosques son las Verapaces, Izabal y Petén. Esta destrucción se da principalmente por actividades humanas como los cambios en el uso del suelo, la tala de árboles para su comercio y venta industrial, la creación y expansión de asentamientos humanos, los incendios provocados o accidentales, entre otros.

Agua y saneamiento.

Debido a la deforestación, las actividades agroindustriales, industriales, urbanas, producción de desechos sólidos (basura) y el drenaje sin tratamiento de aguas negras, se ha ocasionado la degradación, pérdida y contaminación de las fuentes de agua del país. Más del 90% de las aguas nacionales presentan algún grado de contaminación que genera efectos negativos sobre los ecosistemas y las poblaciones humanas, además que las fuentes de agua se han reducido en cantidad y volumen del líquido.

La distribución del agua va a la par de la distribución de la riqueza, y se observa en muchos países

en desarrollo que la población más pobre tiene menos acceso a agua en cantidad y calidad, pero además paga entre 5 y 10 veces más por cada litro de agua que la población con mayores recursos en la misma ciudad. Esto sucede porque los proveedores regulares de agua de las redes municipales son los que proporcionan el agua más barata y que están conectados a los hogares de forma directa. Aquellas familias que no tienen esta conexión deben adquirir el agua a través de una red de intermediarios, sea camiones cisterna, vendedores y otros transportistas, o los integrantes de la familia deben utilizar energía y tiempo para acarrear agua de fuentes cercanas.

En Guatemala, las fuentes de abastecimiento de agua aumentaron de 63% a 79%, entre 1990 a 2006, respectivamente. Si bien las áreas urbanas tienen mayor acceso a fuentes de abastecimiento, en el área rural sólo 64% de la población tiene acceso a agua entubada; 12% de la población aún obtiene el agua de ríos, lagos o manantiales. Hay que considerar, sin embargo, que las conexiones de agua entubada no aseguran el abastecimiento efectivo del líquido ni su calidad; con frecuencia el agua está disponible sólo por algunas horas al día, y no es agua que ha sido tratada para garantizar que es potable y segura.

Los servicios de saneamiento todavía son deficitarios en el país. Al año 2006 sólo 55% de los hogares tenían acceso a servicios de saneamiento (pozo ciego o letrina, excusado lavable, inodoro conectado a fosa séptica, inodoro conectado a red de drenajes). En la ciudad capital 9 de cada 10 hogares cuentan con algún tipo de servicio sanitario, pero en el área rural las carencias son mayores pues apenas 22% de los hogares tenían acceso a saneamiento mejorado y 17% no contaban con un sistema de eliminación de excretas.

Monocultivos agrícolas intensivos, la palma africana y la caña de azúcar.

La caña de azúcar es uno de los principales cultivos en la costa sur de Guatemala, pero se ha ido introduciendo más recientemente en la región norte, junto con el cultivo de la palma africana. Ambos cultivos tienen un impacto negativo importante en el medio ambiente y para las poblaciones lo-

cales debido al cambio en el uso de suelos que son destinados para selva y bosques, el desalojo y compra forzada de las tierras y son cultivos orientados a la exportación y no a generar alimentos para la población guatemalteca. Por otro lado, se dan prácticas negativas como el uso excesivo del agua que compite con las necesidades de los pueblos, la quema (en el caso de la caña), y la utilización extrema de agroquímicos, plaguicidas o madurantes.

Minería metálica y petróleo.

La minería metálica es una de las actividades de mayor impacto y riesgo para el medio ambiente. En Guatemala existen, al menos, 14 empresas transnacionales dedicadas a la extracción de oro, plata y níquel, especialmente en áreas habitadas por comunidades mayoritariamente indígenas. A pesar del rechazo expresado por muchas de estas comunidades, esto no ha evitado la explotación minera en sus localidades, llevándose a cabo la compra forzada de tierras, la destrucción de bosques, así como la apertura de brechas y caminos que alteran hábitats naturales.

La minería metálica requiere de grandes cantidades de agua y conlleva el uso de productos químicos y tóxicos (P.ej. el cianuro para la extracción del oro) que contaminan el agua, aire y suelo, y exponiendo a las poblaciones cercanas a intoxicaciones agudas y crónicas.

Mientras que la quema de combustibles fósiles es la principal causa del calentamiento global, las actividades para obtener petróleo han llevado a la destrucción de ecosistemas, contaminación de agua y conflictos sociales. En el caso de Guatemala, la actividad petrolera ha generado el deterioro y destrucción de diversas zonas, incluyendo áreas de conservación como el Parque Nacional Laguna del Tigre, tanto por la apertura de caminos, instalación de oleoductos y contaminación por desechos.

Otros problemas ambientales que deben tomarse en cuenta son las condiciones inadecuadas de la vivienda, la caza de animales y recolección de plantas que están en peligro de extinción, los desechos sólidos, el uso local de agroquímicos (plaguicidas y fertilizantes), y la contaminación del aire.

En Guatemala, debido a la desigualdad social estructural, la mayoría de la población se ve obligada a desarrollar prácticas de sobrevivencia por tener un acceso restringido a los beneficios que provee el medio ambiente. El Estado, por su parte, ha logrado establecer algún marco legal de protección medioambiental, sin embargo carece de capacidades institucionales y recursos para garantizar el cumplimiento de las leyes y normas, así como para sancionar los incumplimientos. Se observa entonces una política pública en la que el medio ambiente no es una prioridad sobre la que se invierte o se construyan capacidades.

III. Medio ambiente y salud

Puede afirmarse que el medio ambiente es un determinante en la salud, debido a que está estrechamente relacionado con el desarrollo, la calidad de vida, el entorno, y los recursos existentes a los que tienen acceso las poblaciones para la satisfacción de sus necesidades.

Toda satisfacción de las necesidades básicas humanas depende del medio ambiente. Los productos creados y/o consumidos por la humanidad provienen del trabajo, en el cual se utilizan y transforman elementos de la naturaleza. La población también tiene, dentro del proceso de consumo, necesidades de recreación en espacios ambientales específicos. (5)

El medio ambiente incluye muchas de las dimensiones (políticas, culturales, económicas, espirituales, energéticas y más) que son parte del proceso salud-enfermedad, por lo que es una determinante importante que afecta directa o indirectamente la salud de las personas, familias y comunidades.

Los problemas ambientales repercuten en la salud de distintas maneras, como por ejemplo:

- Las inundaciones o sequías, el agotamiento del suelo, bosques y mares genera una escasez de alimentos que profundiza problemas carenciales como la desnutrición crónica y aguda.
- La alteración de hábitats promueven la expansión de plagas que afectan cultivos, así como la

expansión de enfermedades transmitidas por vectores (P.ej. paludismo, dengue) o aparición de enfermedades zoonóticas (P.ej. gripe aviar).

- La contaminación del agua, el aire y el suelo por microorganismos promueve una innumerable cantidad de problemas infecciosos (P.ej. parasitismo, hepatitis, diarrea, fiebre tifoidea, neumonías, resfriados).
- La exposición a radiaciones, así como la contaminación del agua, el aire y el suelo por sustancias tóxicas pueden generar la aparición de cáncer, alergias, problemas reproductivos o degenerativos.
- La deforestación pone en mayor riesgo a las poblaciones a deslizamientos de tierra e inundaciones.
- La pérdida de áreas verdes disminuye las oportunidades para el ocio, el descanso y la recreación, con impactos en la salud mental.

Es posible identificar relaciones directas entre enfermedades que son comunes y frecuentes en Guatemala (diarreas, paludismo, infecciones respiratorias) con las condiciones ambientales y de saneamiento. Otros problemas tienen una relación indirecta, pero no por eso menos graves.

El medio ambiente es una fuente de vida y salud para los seres humanos. Sin embargo, con los problemas de cambio climático, contaminación, desechos, agotamiento de la biodiversidad, desaparición de ecosistemas y demás, el medio ambiente se convierte en una fuente de enfermedad y muerte.

IV. La perspectiva de medio ambiente en la Estrategia

La perspectiva de medio ambiente es una de las cuatro perspectivas de *la Estrategia*, por lo que debe verse en conjunto con las otras perspectivas: derecho a la salud, género y pertinencia intercultural. Las perspectivas son los ejes transversales del modelo, es decir que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en la institución en aspectos como el clima organizacional y los procesos de gestión.

Originalmente en *la Estrategia*, el medio ambiente era uno de los subprogramas, formando parte de la atención de los programas individual, familiar y comunitario. Sin embargo, a medida en que se fue desarrollando *la Estrategia* en la práctica, fue aclarándose que el medio ambiente debía ser abordado de manera más amplia pues atraviesa todas las dimensiones, componentes y acciones de una institución y de los programas de *la Estrategia*.

Debido a que la perspectiva de medio ambiente se introduce recientemente en *la Estrategia*, probablemente se observe un desarrollo operativo más maduro en las otras perspectivas. No obstante, el medio ambiente, cumple con las características de las demás perspectivas pues facilita la comprensión de la salud-enfermedad de las personas y colectividades al analizar los determinantes y condicionantes de la salud, los riesgos y problemas principales, así como las concepciones, comportamientos, prácticas y recursos relacionados con la salud.

Las perspectivas son útiles también para impulsar actuaciones más adecuadas a las características locales, impulsando acciones para atender necesidades más urgentes en un corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, grupos, instituciones y contexto.

A. Marco conceptual, principios básicos y posicionamiento sobre el medio ambiente

Existen algunos enfoques sobre el medio ambiente que no son compartidos por *la Estrategia*, y son aquellos en donde el medio ambiente se concibe como fuente de recursos (visión económica o utilitarista), o en donde el medio ambiente se limita a "todo lo que nos rodea" o que es el espacio donde se desarrolla la vida de los seres humanos (visión reduccionista). En *la Estrategia* se propone un concepto mucho más amplio de medio ambiente que abarca a los seres humanos y lo que les rodea, y se manejan dos principios básicos sobre la perspectiva de medio ambiente (5):

Holismo.

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

Biocentrismo.

Mientras que el antropocentrismo defiende los intereses de los seres humanos por encima de cualquier otro tipo de interés o preferencia del resto de los seres en general, el biocentrismo plantea que toda vida merece respeto. Con este principio, a la naturaleza no se le cuida por ser fuente de recursos, sino que se le respeta por derecho propio.

Tanto la naturaleza como los seres humanos están penetrados por el soplo de vida, y es necesaria una experiencia de unión de los(as) humanos con la naturaleza.

El medio ambiente incide en las condiciones de vida y salud de la población. La forma en que se entiende la relación con el medio ambiente puede variar de un grupo sociocultural a otro, dependiendo de la forma en que se entiende el mundo, sus elementos y relaciones. Mientras que algunos consideran el medio ambiente tan sólo como fuente de recursos naturales, la perspectiva de medio ambiente de *la Estrategia* se aproxima a la concepción de la Madre Tierra de la cosmovisión maya, visualizada como ser vivo con la que debe existir relación de armonía. (5) La cosmovisión maya incorpora los principios de biocentrismo y holismo, así como el de interdependencia: “la relación con la madre naturaleza nos recuerda y conmemora que El Creador nos dio la sabiduría, nuestra inteligencia y los conocimientos necesarios para vivir en armonía y respeto con la Naturaleza. Por estar dotados de esa inteligencia y razón, al hombre y a la mujer compete la promoción del respeto a todo lo que existe”. (20)

A partir de la perspectiva de medio ambiente de *la Estrategia* se asume una postura crítica ante las

ideas que se impulsan sobre el desarrollo, la producción y el consumo. Equivocadamente, el desarrollo se ha propuesto como una mayor capacidad de consumo, en otras palabras con la capacidad de adquirir, comprar y tener cosas (consumismo). Los aumentos de producción y avances tecnológicos se llevan de manera desenfrenada a costa de daños al medio ambiente, además que los beneficios, bienes y servicios que puedan producirse se distribuyen de manera desigual en la población por lo que el desarrollo nunca se hace realidad. (5)

En una sociedad en donde predomina una lógica de generación de ganancias, con frecuencia ésta se realiza a costa de lo que sea: explotación de los(as) trabajadores(as), daño ambiental, consumo de productos innecesarios, corrupción e imposiciones. El consumo es un proceso clave en la sociedad pues es el motor del modelo económico actual, y cuando las personas compran y consumen productos otorgan recursos financieros y poder a empresas y grupos; por esto se considera que el consumo puede convertirse en una herramienta de cambio. Desde *la Estrategia* se proponen cambios a partir del consumo responsable, que implica plantear algunos cuestionamientos a la hora de adquirir o utilizar un producto, como los siguientes: ¿En qué condiciones humanas y laborales se manufacturan los productos? ¿Cómo se ven afectadas los espacios y la población local por la producción de estos bienes? ¿Cuáles son las consecuencias ambientales de estas actividades? (5, 16)

Si se cuenta con la información para responder a estos planteamientos, puede ser factible tener un consumo consciente y responsable, orientado al fomento de actividades compatibles con la satisfacción y dignidad de las personas y la conservación de la naturaleza. El consumo responsable puede sintetizarse en los siguientes aspectos (5, 16):

Consumo crítico y ético.

Se refiere a ser críticos ante la publicidad y cuestionar lo que nos intentan vender, sin ligar la adquisición de productos a valores familiares o aspectos como la felicidad. Se necesita buscar información e informar sobre productos dañinos tales como los alimentos procesados, los alimentos transgénicos, aparatos electrónicos, entre otros. Debe incor-

porarse en las decisiones el no consumir más de lo que se necesita, es decir que debe reducirse el consumo como opción ética y ecológica, optando por un modelo de bienestar y felicidad que no se base en la posesión de bienes materiales.

Consumo ecológico.

Hay que asegurar que las cosas adquiridas afectan lo menos posible a la naturaleza, esto se logra exigiendo información acerca de las condiciones sociales y medioambientales en las que se ha cultivado o elaborado un producto, los mecanismos en que han llegado a las personas, considerando las consecuencias de su producción, uso y desecho.

Consumo solidario.

Practicar un consumo socialmente justo, respetuoso de las personas y las culturas, en donde la producción no se base en la discriminación ni en la explotación. Este consumo es posible al pagar y recibir un precio justo, apoyar y comprar a productores(as) locales, respaldar iniciativas de agricultura ecológica u orgánica y comercio justo.

Aplicación de las “5 R” en el consumo.

1) Reutilizar: usar algo varias veces en vez de tirarlo; **2)** Reparar: arreglar algo para usarlo de nuevo, en vez de desecharlo; **3)** Rechazar: evitar productos que están empacados en plástico o nylon, que están hechos total o en parte de plástico o que son de materiales tóxicos (P.ej. PVC, duroport); **4)** Reducir: disminuir el volumen total de la basura que producimos cada día; **5)** Reciclar: producir a partir de materiales usados, cuyo manejo permite utilizarlos de nuevo como producto o materia prima, como el papel, el vidrio o el plástico.

Asumir la perspectiva de medio ambiente implica cambios en cómo se entienden las relaciones entre todos(as) y con todo, buscando la armonía y el respeto. Estos cambios deben traducirse en comportamientos, actitudes y prácticas personales e institucionales.

B. Lineamientos y normativa institucional

La perspectiva de medio ambiente se aplica en el ámbito institucional incluyendo en los manuales administrativos y financieros criterios para aplicar,

monitorear y evaluar el consumo responsable, especialmente en los procesos de adquisición de insumos y equipo. (5)

Estos criterios aplican para oficinas y establecimientos para la atención en salud, e incluyen la adquisición justificada de insumos y materiales; el ahorro de energía, agua, combustible y papel; el uso eficiente y prolongación del tiempo de vida del equipo; la no utilización de platos, contenedores de comida, vasos y cubiertos desechables; revisión de los vertederos de aguas residuales; adecuación del mobiliario, salas de espera o salones de reunión según el contexto cultural de los(as) usuarios(as); evitar la introducción de comidas “chatarra” en las actividades institucionales, y promover el consumo de alimentos nutritivos y pertinentes al contexto cultural. (5)

También se asumen las normas de bioseguridad en la atención en salud, lo cual permite generar hábitos y acciones de protección a los(as) trabajadores de la salud, brindar una atención más limpia y segura a la población, y manejar de forma segura los desechos para evitar problemas de salud en el personal, la población y el entorno.

C. Atención a la salud y el medio ambiente

Desde *la Estrategia* se impulsan acciones de atención de personas, familias y comunidades, relacionadas con el medio ambiente. En el caso de la atención individual, se identifican y manejan aquellas enfermedades relacionadas con elementos ambientales como las infecciones respiratorias, infecciones y parasitismo intestinal, enfermedades transmitidas por vectores, accidentes laborales, entre otras. (3)

Con los censos y la actualización de censo se logra conocer las condiciones de vivienda de cada unidad doméstica, y en las visitas familiares integrales se buscan riesgos como: problemas de servicio de agua o tratamiento del agua, la convivencia inadecuada con animales, el desecho inadecuado de la basura, el uso o mala disposición de plaguicidas, la falta o no uso de letrina, la presencia de vectores (zancudos, moscas), uso de

cedazo o mosquitero, fuego abierto en el suelo, cocina en el dormitorio, así como el consumo de alimentos. Al reconocer alguno de estos riesgos se desarrollan acciones de consejería en el mismo momento, y se establecen planes de seguimiento ya sea con la familia, con grupos de familias o estrategias para la atención comunitaria.

Un ejemplo de esto último es que a partir del análisis de las visitas familiares, en la Boca Costa de Sololá se observó que uno de los principales problemas es el manejo inadecuado de basura, mientras que en San Juan Ostuncalco se observó un manejo inadecuado de plaguicidas. En cada lugar se definió una estrategia específica impulsada desde el programa comunitario; en San Juan Ostuncalco se ha impulsado un proceso de reflexión sobre el impacto de los plaguicidas en el ambiente y la salud de las personas, e indagando sobre las posibilidades de reducir el uso de plaguicidas o cambiar hacia la producción agrícola orgánica. En la Boca Costa de Sololá se ha impulsado la clasificación y tratamiento de la basura en comunidades seleccionadas. (6)

En los croquis comunitarios se identifican aquellas viviendas que se encuentran en algún área de riesgo como deslaves o inundaciones pero. Además, se trabaja en la conformación y preparación de Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC) y Planes de Emergencia Comunitaria (PEC) que permitan prevenir un desastre o activar una respuesta rápida en el caso que se dé.

Las actividades de saneamiento ambiental son parte de la atención comunitaria e incluyen la toma y procesamiento de muestras de agua para la identificación de microbios contaminantes, y la coordinación con los Consejos Comunitarios de Desarrollo u otros grupos comunitarios para el lavado de tanques y limpieza perimetral de éstos. También se programan las actividades de vacunación antirrábica para perros y gatos. (6)

Para la *Estrategia* de comunicación e información en salud con personas, familias y grupos, se diseñan mensajes clave y materiales sobre el tema ambiental, y sobre el rescate de la concepción maya y el aprendizaje de prácticas culturales de respeto y cuidado de la naturaleza. (5)

Como parte de la atención comunitaria se encuentran los huertos demostrativos de plantas medicinales en cada puesto de salud. Estos huertos facilitan la oferta de tratamientos naturales durante las consultas, permiten el rescate e intercambio de conocimientos con abuelas comadronas, terapeutas mayas y terapeutas populares, se reconocen cuáles son las plantas que ya existen en la localidad o que pueden cultivarse en ella según el clima, la altura y el suelo. (6)

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

CFC	Gases de clorofluorocarbono
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PEC	Plan de Emergencia Comunitaria

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Acevedo, J. et al. (s/f) Medio ambiente y salud. Guatemala: AECID/MSPAS/AECSA. 367 p.
2. ACUDE (1999) Introducción a los problemas ambientales de origen antrópico de la Provincia de Córdoba. Buenos Aires: Fundación Ambiente, Cultura y Desarrollo –ACUDE. 4 p
www.fundacionacude.org/UserFiles/File/IntroduccionProblemasAmbientales.pdf
3. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/Medicus Mundi Navarra/ Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
4. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133 p.
5. ISIS (2009) Marco conceptual y normativa institucional sobre la perspectiva de medio ambiente del MIS / ISIS. 9 p. Documento de trabajo.
6. MedicusMundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea. 125 p.
7. Medio ambiente y desarrollo sostenible. Tema 1, Los problemas ambientales. 10 p. Documento PDF. www.uam.es/departamentos/economicas/estruceco/Fichas%20profesores/Luis%20Collado/TEMAS%20MAmbienteDesarrolloS/MADS_CAP1_resum.pdf
8. Pérez, Anabella (2009) Perspectiva de interculturalidad: conceptos. Guatemala: Instituto de Salud Incluyente. Presentación de diapositivas.
9. PNUMA/ORCALC <http://www.pnuma.org/recreat/esp/diversidadbiologica.php>
10. Problemas ambientales. 9p. Documento PDF. <http://mail.umc.edu.ve/umc/opsu/contenidos/william/problemas%20ambientales.pdf>
11. Proyecto “Consolidación de un modelo de atención de salud incluyente de primer nivel en tres Distritos, con carácter piloto para la incidencia política en el sistema de salud”. Glosario del marco conceptual abreviado y normativa de la perspectiva de medio ambiente y salud. Agosto, 2009.
12. Proyecto “Consolidación de un modelo de atención de salud incluyente de primer nivel en tres Distritos, con carácter piloto para la incidencia política en el sistema de salud”. Perspectiva medio ambiente y salud. Marco conceptual abreviado. Agosto, 2009.
13. Revista D. Semanario de Prensa Libre, No. 34. 27 de Febrero de 2005. Guatemala
14. Savia (2009) Realidad ecológica de Guatemala. 26p. www.saviaguatemala.org/img/realidad_ecologicaGT.pdf
15. Mapa de ecosistemas vegetales de Guatemala. http://conap.gob.gt:7777/Conap/portal/mapas/a3_ecosistemas_gt.jpg/image_view_fullscreen
16. Ayuntamiento de Granada (s/f) Guía del consumo responsable. La otra cara del consumo. Granada: Campaña de consumo responsable de Granada. <http://www.consumoresponsable.com/guias/guiaweb.PDF>
17. PNUD (2008) Manual sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio con enfoque de Derechos Humanos. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
18. PMA (2009) Fenómeno El Niño. Boletín No. 1, Región de enfoque: Centroamérica. Noviembre 2009. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Programa Mundial de Alimentos. www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/retrieveattachments?openagent&shortid=VDUX-7YBUAR&file=Informe_completo.pdf
19. OPS (2000) Fenómeno El Niño, 1997-1998. Serie Crónicas de Desastres, 8. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 244 p. www.paho.org/spanish/Ped/EINino.pdf
20. Fundación Centro Cultural y Asistencia Maya (CCAM). Chichicastenango.

Capítulo 6

Programa Individual de Atención en Salud—PIAS—

El presente capítulo describe las bases conceptuales que fundamentan la estructura programática de *la Estrategia* y aborda características, espíritu y elementos que operativizan el Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).

I. Diseño Programático

La estructura programática de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud se sustenta sobre una base conceptual que incluye sus perspectivas, la comprensión y abordaje del proceso salud-enfermedad y los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad.

A. Perspectivas de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

Las perspectivas que han orientado el diseño e implementación de *la Estrategia* son: derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente.

Al entender la salud como derecho ciudadano, ésta es conceptualizada desde su dimensión social y política, asumiéndola como un derecho humano, de aquí la obligatoriedad del Estado de garantizarle salud a la población. Además de brindar servicios continuos y de calidad, las acciones sanitarias deben promover la participación ciudadana y fortalecer el control por parte de la sociedad.

La pertinencia intercultural se expresa desde el reconocimiento de una sociedad multicultural, pues en ella hay diversidad de matrices culturales, que implican cosmovisiones distintas, así como concepciones de salud, enfermedad y prácticas particulares de modelos de salud, distintos al biomédico hegemónico. Lo anterior implica la promoción sistemática y gradual, desde el Estado y la socie-

dad civil, de espacios y procesos de interacción positiva, en donde se construyen relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate.

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

La perspectiva de medio ambiente originalmente dentro de *la Estrategia* fue un sub programa. Con su desarrollo e implementación, se comprendió la necesidad de considerar al medio ambiente de una manera más amplia, relacionándolo con todas las dimensiones, componentes, programas y acciones. Esta perspectiva se conceptualiza a partir de los principios básicos de holismo (interdependencia entre todos los organismos, seres y elementos en el planeta y fuera de él) y biocentrismo (a la naturaleza no se le cuida por ser fuente de recursos, sino que se le respeta por derecho propio). Operativamente, además de asumir una postura crítica ante las ideas que se impulsan sobre el desarrollo, la producción y el consumo, se proponen cambios que favorezcan el consumo responsable y se impulsan acciones de atención a personas, familias y comunidades, relacionadas con el medio ambiente.

B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad

Entender el proceso salud enfermedad de manera multidimensional implica considerar en el origen de la enfermedad junto a causas biológicas, otras características como etnia, tipo de trabajo, ingreso económico, escolaridad, acceso a servicios básicos, religión, cosmovisión, etc., todas, agrupadas en los llamados condicionantes y determinantes de la salud enfermedad. En 1998 la Organización Mundial de la salud (OMS) con respecto a los determinantes planteaba: *“Sin la paz y la justicia social, sin un aprovisionamiento suficiente de alimentos y de agua, sin educación y vivienda conveniente, en fin, si no se le da a cada uno y a todos un papel útil en la sociedad y un ingreso adecuado, no puede haber salud para la población.”* (Tomado de Gómez Zamudio, 1998).

De la misma forma, estas realidades explicativas —factores biológicos, condicionantes y determinantes— deben considerarse al momento de planificar y emprender acciones en el campo de la salud. Así, a la acción de actuar frente a causas que condicionan y determinan el proceso salud enfermedad se le conoce como **promoción de la salud**; ésta toma en consideración aspectos individuales, ambientales, sociales, económicos, culturales, políticos, etc., que permiten el desarrollo de condiciones favorables de salud. La promoción de la salud se define entonces como *“Resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto, el cual brinda a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, entre otros para que individual y colectivamente desarrollen su potencial en aras del bienestar.”*

Se puede decir entonces que la promoción de la salud debe estimular a los individuos y comunidades para que puedan intervenir y controlar condicionantes y determinantes, fortaleciendo la responsabilidad social (empoderamiento¹⁴), me-

dante la organización y gestión comunitaria, que les permita alcanzar el desarrollo en procesos sucesivos, cada vez más óptimos, de bienestar, calidad de vida y condiciones saludables. Esto último se refleja en la Carta de Ottawa (1986) *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”*

Mediante la promoción de la salud se trata de crear el poder o condiciones para que individuos y grupos postergados adquieran capacidad de decisión y control sobre sus asuntos mediante la búsqueda de soluciones. De la misma forma se busca empoderar a los tomadores de decisión (líderes políticos, sociales, religiosos, comunitarios, y otros) para que tomen acciones decisivas que logren un mayor desarrollo en las poblaciones socialmente excluidas.

Cuando los condicionantes y determinantes no son abordados o modificados por las acciones de individuos, familias y comunidades, estos se manifiestan como factores de riesgo; o sea que van a permitir o facilitar la ocurrencia de daños en salud, expresados en casos de enfermedad, discapacidad o muerte. Los factores de riesgo pueden ser de diversa índole y naturaleza, algunos ejemplos que podemos mencionar son: no tener servicio de agua potable, consumo de agua no tratada (hervida, clorada, purificada y otros), presencia de criaderos de mosquitos transmisores de dengue o paludismo, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de la familia, rechazo a las acciones de los servicios de salud o a la referencia a otro nivel de mayor complejidad.

De lo anterior, entendemos como **prevención de la enfermedad** a las acciones que permiten proteger a los individuos y grupos de los factores de riesgo que favorecen un proceso mórbido. Difiere de la promoción de la salud, en que ésta última trabaja con las poblaciones buscando cambios más profundos en condicionantes y determinan-

¹⁴- En 1992, Wallerstein define así empoderamiento: *“proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social”.*

Elaboración propia con base a Dever, 1991: 9; y Gómez, 1998: 12.

tes. Algunos ejemplos de las acciones de prevención son los siguientes: educación sobre el uso del mosquitero para prevenir la picadura de mosquito transmisor de paludismo, la fluorización de la sal de consumo humano para evitar la caries dental.

evitar o retardar la aparición de complicaciones, secuelas o daños definitivos.

Cuando a pesar de las acciones curativas, o por ausencia de ellas, la enfermedad avanza y se agrava,

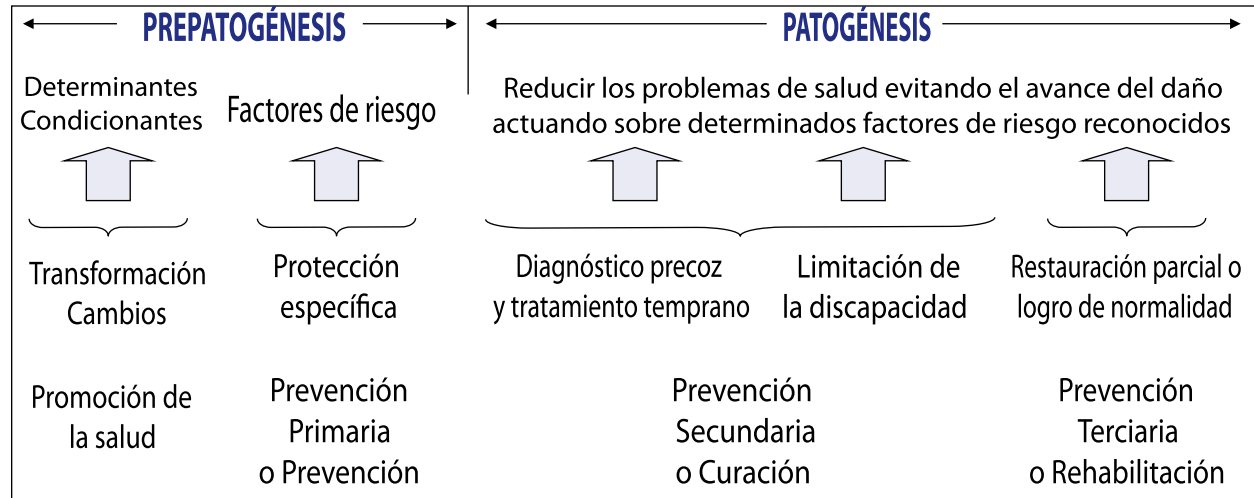


Figura 1. Enfoque epidemiológico y tipo de atención en salud

Cuando las acciones de promoción y prevención están ausentes o son insuficientes, aparecen los daños a la salud. Estos daños se manifestarán en un individuo como signos y síntomas, que, al identificarlos, el personal de salud busca alcanzar un diagnóstico que permita el tratamiento adecuado. A las acciones que se realizan frente a un daño ya establecido le llamamos **curación o reparación**, y resultan ser medidas en individuos orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad en cualquier estadio de su evolución.

Para la atención adecuada de una enfermedad resulta esencial tanto el diagnóstico y captación oportuna, como la autoatención, que requerirá la consejería y toda la información, educación y comunicación necesarias para que la familia actúe al presentarse complicaciones. Algunos ejemplos de curación pueden ser la atención oportuna de diarreas e infecciones respiratorias en niños, el tratamiento acortado estrictamente supervisado en pacientes con tuberculosis y la sutura de una herida cortante en cuero cabelludo. La curación exige que el personal de salud capte tempranamente los casos y controle a la población ya afectada, para

se producirán estados crónicos, secuelas o incapacidad. Abordar estas secuelas o discapacidades como resultado de la enfermedad es lo que conocemos como **rehabilitación**, acción que debe abarcar la recuperación integral del paciente, en su componente físico, psicológico y social y que busca su reinserción en la comunidad.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) define la rehabilitación como *“el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en el aspecto funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad.”*

En nuestra realidad cotidiana y comunitaria estamos habituados a una rehabilitación más de tipo individual por causas biológicas, restaurando hasta donde es posible a personas con secuelas físicas de distintas causas. Sin embargo, existe otra rehabilitación más colectiva, como la que requieren los problemas psicosociales que pueden presentarse

en los casos de una mujer abusada o violentada, o en personas que consumen sustancias adictivas como el alcohol o las drogas. En estas situaciones se requieren acciones que rebasan la tradicional capacidad de los servicios de salud, como lo son: grupos de autoayuda, terapias grupales, consejerías de diversas disciplinas, iglesias, y otros.

C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad

La Estrategia realiza el abordaje del proceso salud enfermedad en tres niveles de análisis-acción: el individuo, la familia y la comunidad. Es en estos espacios naturales de población donde se desarrollan, reproducen y manifiestan los condicionantes, determinantes y factores de riesgo, que se explican a partir de la realidad social e intervienen en el proceso salud enfermedad; es también hacia ellos donde deben dirigirse las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Una característica de estos niveles de análisis-acción es su estrecha relación entre sí, pues las personas forman parte de una familia, y éstas están incorporadas dentro de comunidades. De aquí, que las acciones de salud realizadas en las personas tendrán repercusiones en las familias y comu-

nidades, aquellas que se ejecuten con las familias beneficiarán a las personas y comunidades y, las que se implementen en las comunidades impactarán a familias y personas.

Estos tres espacios son también el punto de partida para desarrollar la estructura programática de *la Estrategia*. Los tres programas que se ejecutan son:

1. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).
2. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).
3. Programa Comunitario de Salud (PCOS).

Para facilitar el ordenamiento de las actividades, cada uno de los programas se trabaja a partir de sub programas que toman en cuenta los ciclos de vida: infantil, preescolar y escolar, adolescente, mujer, hombre y persona adulta mayor. Es así como la estructura programática, para adecuar las acciones que se desarrollen, incorpora, además del entorno, los aspectos culturales, sociales y biológicos de los ciclos de vida.

Esta estructura programática permite una atención integral, ya que a través de ellos se implementan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de forma complementaria. En la siguiente figura se integran las acciones dentro de cada uno de los programas de *la Estrategia*.



Figura 2. Integralidad de la atención en la estructura programática de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

El Programa Individual de Atención en Salud implementa acciones de prevención, curación y rehabilitación, priorizando las causas de enfermar y morir de acuerdo a factores de riesgo, frecuencia, distribución y severidad de los casos, para actuar con eficacia, precisión y oportunidad. Este programa realiza acciones de atención integral a la demanda en los puestos de salud (PS) con el equipo local, mediante consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios. Al mismo tiempo permite detectar y dar seguimiento a casos especiales a través de visitas familiares, referencia de pacientes y trabajo comunitario con grupos organizados por medio de atenciones interprogramáticas (AIP)¹⁶.

EL Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS) realiza acciones integrales, enfatizando en la prevención y promoción de la salud, y enfocándose en la atención de las familias, con el propósito de protegerlas mediante la identificación y abordaje de diversos factores protectores, riesgos y problemas a nivel familiar. Este programa realiza visitas a las familias, identificando cinco posibles diagnósticos familiares (rojo, anaranjado, amarillo, celeste y verde); y las condiciones que agravan el diagnóstico familiar (extrema precariedad y vivienda insegura o en zona de riesgo). Además se realizan visitas de seguimiento familiar para el abordaje de diversos riesgos y problemas, especialmente los psicosociales y se desarrollan actividades educativas con grupos (familias, jóvenes y otros) para abordar problemas relevantes tales como violencia o adicciones. Las acciones de este programa evitan que los factores de riesgo abordados se transformen en daños, buscando a la vez potenciar factores protectores de la salud.

El Programa Comunitario de Salud (PCOS) con acciones de promoción de la salud y prevención

de la enfermedad, dirige su atención a la transformación de determinantes y condicionantes a nivel comunitario. Para lograrlo, inicialmente se identifican procesos sociales propios que comprendan lógicas, intereses y organizaciones que puedan influir en los perfiles de morbilidad y mortalidad sociocultural local, mediante la participación de las organizaciones comunitarias existentes: consejos comunitarios de desarrollo (COCODE), Terapeutas mayas y Terapeutas populares (TM y TP), abuelas comadronas, comisiones de plan de emergencia comunitaria (COPEC), entre otros. De esta manera, se pretende que la población aborde colectivamente los determinantes y condicionantes identificados, mediante la gestión de proyectos, el saneamiento ambiental, la información y comunicación, que dé por resultado el empoderamiento individual y comunitario.

La estructura programática de *la Estrategia* incluye al PIAS, PFAS y PCOS como programas operativos, que a su vez integran los programas verticales (Programas Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Programa Nacional de Salud Mental, entre otros) y las normas de atención por ciclo de vida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

La figura siguiente representa como la estructura programática de *la Estrategia* integra las normas de atención y vigilancia del MSPAS. Los programas horizontales, sub programas por ciclo de vida y las principales acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de *la Estrategia*, se desarrollan en concordancia con las normas de atención y vigilancia del MSPAS.

¹⁶- Las atenciones interprogramáticas consisten en intervenciones integrales en comunidades de muy difícil acceso que, dependiendo de las necesidades locales, incluyen acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud.

Figura 3
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN EN SALUD P I A S	PROGRAMA FAMILIAR DE ATENCIÓN EN SALUD P F A S	PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD P C O S
Subprograma Infantil	Curación/prevencción	Prevención/promoción	Promoción/prevencción
Subprograma Preescolar y escolar	Atención integral continua a demanda en PS (todos los ciclos de vida)	Visita familiar integral (Diagnóstico familiar , vigilancia activa de eventos priorizados: inmunoprevenibles, dengue y otros)	Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios. (COCODES): organización, gestión e intersectorialidad
Subprograma Adolescentes	Fortalecimiento de la Integridad de la consulta mediante Hojas Guía	Visitas de seguimiento a familias con diagnóstico rojo, anaranjado y amarillo (Plan familiar, ruta)	Relacionamiento y coordinación con líderes formales e informales
Subprograma Mujeres	Atención preventiva intra y extra muros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, RN , menor de 5 años, MEF y otros)	Visita familiar integral para intercambio educativo (abordaje de riesgos específicos de cada unidad familiar)	Planes de Emergencia Comunitarios en comunidades priorizadas (COPEC-COLREDS).
	Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y RN)	Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar (emergencias individuales)	Intercambio con Terapeutas Mayas y Terapeutas Populares (TMyTP) y abuelas comadronas
	Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contra-referencias y otros)		Agua, saneamiento ambiental y zoonosis
Subprograma Hombres	Seguimiento intra y extramuros de casos especiales (crónicos, tb, hechizo, desnutrición ,neumonía, otros)	<i>Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)</i>	Huertos demostrativos de plantas medicinales
Subprograma Personas adultas mayores	Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida)	<i>Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de VBG y otras)</i>	Atención inter-programática en comunidades de difícil acceso
		<i>Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción)</i>	
		<i>Comunicación e Información en salud : Trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.</i>	

Integración de la normativa de atención y vigilancia en salud del MSPAS

II El Programa Individual de Atención en Salud

El PIAS posee un carácter y espíritu propios que se fundamentan en las bases conceptuales propias de *la Estrategia*. Al mismo tiempo, su implementación dependerá del cumplimiento de objetivos, alcance de resultados esperados, desarrollo de tácticas, cumplimiento de normas de atención y utilización adecuada de los instrumentos de registro. A continuación veremos las características y espíritu del programa, así como los elementos que permiten su operativización.

A. Caracterización del programa

El PIAS considera que para abordar los problemas de salud enfermedad de un individuo, invariablemente debe de tomar en cuenta los factores biológicos y la categoría de reproducción social, sin olvidar los espacios familiar y comunitario en que la persona participa.

Los problemas de salud o enfermedad se manifiestan de distintas formas en los individuos de una comunidad y generan una alta demanda de intervenciones en el primer nivel de atención en salud. Si bien los servicios institucionales de salud del país responden a esta demanda, sus acciones se

han concentrado casi exclusivamente en aspectos curativos, con especial énfasis en la parte biológica del ser humano.

Sin duda, resulta crucial conocer las características biológicas de la persona, ya que la enfermedad afecta órganos y sistemas del cuerpo. La clínica y la epidemiología han demostrado que los factores de riesgo y las afecciones de la salud se comportan de manera diferente, entre otras características, según: la etapa del ciclo de vida o sexo de una persona, su estado nutricional o factores genéticos. Sin embargo, como hemos advertido anteriormente, en el desarrollo de muchos problemas de salud individual, aparte de factores biológicos, deben reconocerse otros condicionantes y determinantes que expresan el carácter social de la salud.

Para analizar los condicionantes y determinantes de la salud se utiliza la **categoría de reproducción social**. Esta tiene un carácter histórico y es un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad. Para su entendimiento, la reproducción social se divide en reproducción material y cultural. La primera incluye los procesos de producción y consumo y la segunda se refiere a los procesos socio-culturales. Entre estos tres procesos existe una estrecha relación, y cada uno media y afecta al otro.

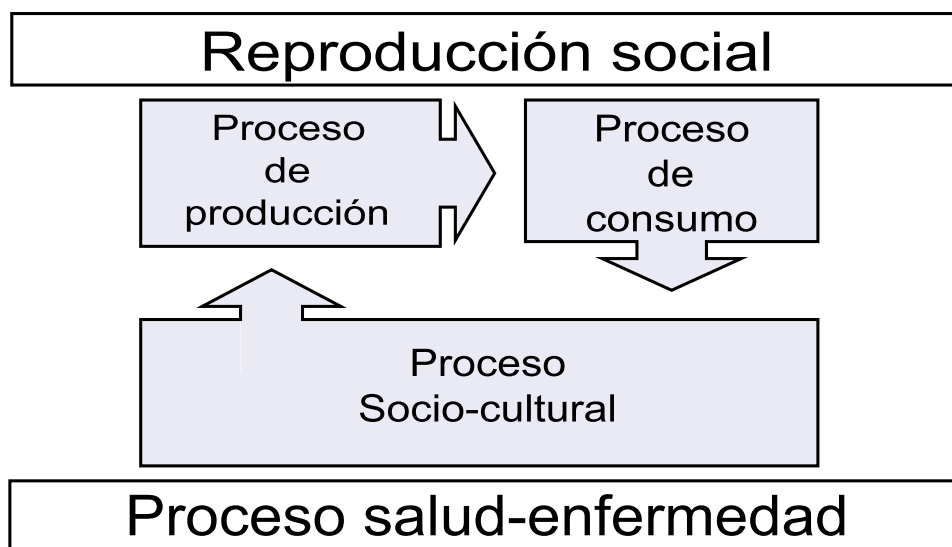


Figura 4. Relación entre reproducción social y proceso salud enfermedad

Los **procesos de producción** se refieren a los procesos laborales donde las personas están insertas, que conllevan por sí mismos riesgos y enfermedades. Según el trabajo, y sus condiciones ambientales, las personas están expuestas a peligros y enfermedades específicas. Por ejemplo, el trabajo doméstico incorporará ciertas cargas y exposición a riesgos, diferentes a aquellos propios de labores agrícolas; de la misma forma, se identificarían diferentes riesgos entre un trabajo que tiene de por medio la venta de mano de obra, con aquel que permite el autoconsumo y comercio propios. Los procesos productivos generan servicios, ingresos o recursos utilizados para el consumo, este último contribuye a la reparación del desgaste sufrido.

En los **procesos de consumo**, las personas están sujetas a elementos y condiciones de vida que afectan positiva o negativamente su salud. Así como una buena alimentación, educación, descanso y recreación son benéficos para la salud, ciertas carencias o excesos también pueden resultar dañinos. Algunos ejemplos de elementos perjudiciales de consumo incluyen: la utilización de sustancias adictivas, ingesta de agua

o alimentos contaminados, exposición a plaguicidas y utilización de detergentes.

La consideración de los **procesos socio-culturales** resulta ser crucial en el nivel individual. Lo que una persona concibe como salud, la forma en que percibe su enfermedad, su camino de enfermo, prácticas de auto cuidado y auto atención, obedecen a su percepción del mundo, las experiencias de vida, su religión o espiritualidad; es decir, un proceso socio-cultural propio moldea su salud. Por otro lado, una persona padece enfermedades de acuerdo con sus raíces o lógicas socioculturales, que lamentablemente se ignoran y desprecian cuando no concuerdan con las enfermedades occidentales conocidas, esto también contribuye a que no sean registradas dentro del modelo biomédico dominante.

En la Figura 5, se presenta una visión amplia de la enfermedad, que es la que permite analizar los problemas de salud a nivel individual como producto de la íntima relación entre los tres procesos que se han venido describiendo —producción, consumo y socio-cultural—.

ENFERMEDAD

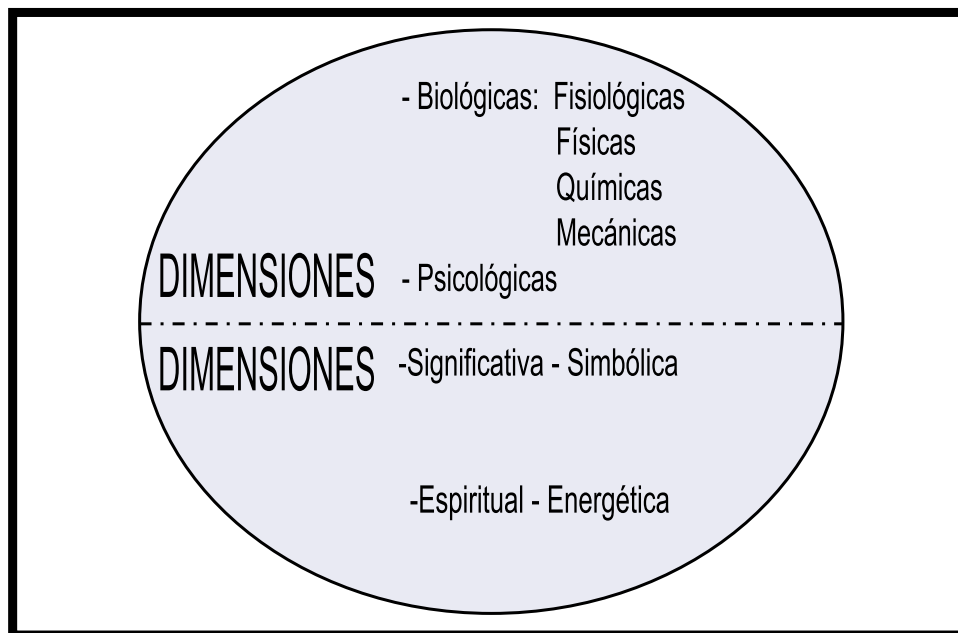


Figura 5. Dimensiones que explican la enfermedad

Una mujer tiene diferentes factores de riesgo y enfermedades que un hombre, así como un niño padece una enfermedad de forma distinta a un adolescente; estas variaciones no se dan exclusivamente por cuestiones de sexo o edad, sino que también se definen por el tipo de relaciones de género o generacionales que se construyen socialmente. Los roles y estatus tradicionalmente asignados a la mujer y al hombre, y en distintas edades, condicionan el tipo de trabajo realizado, así como el acceso a recursos y servicios, y la participación en la toma de decisiones en diferentes espacios, que al final mejoran o perjudican la salud de una persona.

Por último, no debe olvidarse que cada ser humano se desenvuelve en otros espacios colectivos, la familia y comunidad; esto implica que cada persona, saludable o enferma, puede afectar a los integrantes de los grupos en donde se desenvuelve. De manera similar, la situación familiar o comunitaria puede generar en el individuo un ambiente positivo o de riesgo para su salud.

B. Espíritu del programa

Dentro del PIAS se reconoce que los problemas de salud que padece una persona provienen de la conjugación de varios elementos, y por ello, brinda una atención clínica integral, que considera el carácter multidimensional de la persona: factores biológicos y procesos de producción, consumo y socio-culturales. A través del programa se identifican los factores de riesgo y potencialidades de cada individuo, según su acceso a recursos, lógicas socioculturales, conocimientos, prácticas y su participación en espacios colectivos.

En la atención individual es posible identificar, entre el (la) paciente y el (la) trabajador (a) de salud, percepciones disímiles de un mismo padecimiento. Así, las relaciones que se establezcan entre ambos actores deberán basarse en la confianza, y orientarse a la comprensión del otro, la tolerancia y el respeto. La atención clínica favorece un proceso de negociación que permite la potenciación de factores protectores, disminución de factores de riesgo y resolución efectiva de los problemas.

A través del PIAS se ejecutan acciones sanitarias de prevención, curación y rehabilitación que integran recursos sanitarios institucionales y comunitarios con pertinencia intercultural, perspectiva de género, brindando asistencia clínica continua y de calidad. De acuerdo a los problemas encontrados, los servicios de salud y los pacientes establecen acciones de referencia y contrareferencia, tanto a niveles de atención con mayor capacidad resolutive, como a terapeutas de distintos modelos de atención como el maya y popular. El trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas comunitarios y otros niveles de atención en salud que comprenden acciones de referencia y contrareferencia.

Por último, por medio del PIAS se integran acciones que toman en cuenta los tres niveles de análisis: individuo, familia y comunidad. Así como los problemas en una persona alertan de posibles factores de riesgo para su familia y comunidad, se intenta conocer la forma en que dinámicas familiares y comunitarias influyen en la salud individual, que ameriten intervenciones y/o seguimiento en estos otros ámbitos. Dado que el ámbito doméstico está estrechamente relacionado con la salud de los individuos y de la comunidad, las acciones que se realizan en este contexto pueden tener efectos en los otros.

C. Objetivo

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

D. Resultados esperados

Los resultados que se pretenden alcanzar con el desarrollo del PIAS son los siguientes:

1. 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 trabajador (a) de salud.

2. 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.
3. Se realizan referencias y contrarreferencias a niveles institucionales superiores de atención, así como a organizaciones y terapeutas de sistemas o modelos de salud diferentes.

E. Tácticas operativas

El PIAS incluye las siguientes tácticas operativas:

1. Atención integral en consulta a demanda en los PS:
 - Atención diaria, preventiva y curativa, continua e integral a las personas según demanda y ciclo de vida; esto incluye: consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios (curaciones, hipodermias, etc.)
2. Atención preventiva intramuros y extramuros a grupos prioritarios:
 - Controles clínicos a embarazadas, puérperas, recién nacidos y niños (as) menores de cinco años. La mujeres que se encuentran en el noveno mes de embarazo, reciben un control prenatal por parte del médico (a) o enfermero (a) graduado (a) del equipo de apoyo de *la Estrategia*.
 - Atención preventiva tanto en PS como en actividades extramuros (visitas familiares y por convocatoria), incluyendo administración de inmunobiológicos y micronutrientes a mujeres en edad fértil y niños (as), así como desparasitante a niños (as).
 - Se promueven y toman muestras citológicas cérvico-vaginales (Papanicolaou) a las mujeres en edad fértil, haciendo énfasis en aquellas de 40 años o más.
 - Se toman muestras para pruebas rápidas de laboratorio como tiras de orina, glucometrías, baciloscopías y pruebas de embarazo.
- Atención de las personas con enfermedad crónica en los PS a través del personal de los equipos locales. Al menos una vez al año este tipo de pacientes debe recibir una consulta integral por parte del médico (a) o enfermero (a) graduado (a) del equipo de apoyo de *la Estrategia*.
3. Fortalecimiento de la integralidad de la consulta mediante la aplicación de hojas guía¹⁷:
 - Con la elaboración e implementación de hojas guía, se ha fortalecido la integralidad de las consultas, preventivas o curativas, en niños(as) menores de dos meses, hombres adolescentes y adultos de 10 a 59 años y personas adultas mayores (60 años y más).
4. Seguimiento intra y extramuros de casos especiales:
 - Se consideran casos especiales aquellos niños (as) menores de 5 años con desnutrición, diarrea con deshidratación o neumonía grave. También se incluye los casos de hechizo o malhecho, tuberculosis y otros que por su gravedad lo ameriten. Todos estos casos son atendidos y se define su seguimiento, que puede ser cita al PS, visita de seguimiento e incluso la referencia.
5. Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas de noveno mes, puérperas y recién nacidos):
 - Se tiene normada la vigilancia semanal de riesgos en embarazadas de noveno mes, puérperas y recién nacidos durante 4 semanas, con la finalidad de actuar oportunamente ante el surgimiento de signos de peligro o complicaciones en estos períodos. Esta vigilancia de riesgos se realiza directamente en el domicilio y es una actividad adicional al control de noveno mes de las embarazadas, así como a los controles de puérperas y recién nacidos.

¹⁷- Las hojas guía promueven la realización de un examen físico completo, la detección de problemas y riesgos de salud más frecuentes o relevantes, búsqueda de problemas psicosociales, consejería y acciones para la recuperación y prevención en salud.

6. Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contrarreferencias, etc.):

- Se realizan visitas domiciliarias por diferentes motivos que no implican la evaluación clínica de las personas y que pueden ir desde la entrega de un resultado de Papanicolaou o la aplicación de una vacuna pendiente, hasta la visita a una persona que fue referida al hospital para conocer su manejo y dar seguimiento a su evolución.

7. Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida):

- Es obligatoria la realización de visitas domiciliarias para la investigación de toda muerte ocurrida en el territorio de cobertura, existiendo un plazo de 7 días (para el caso de muertes maternas o en menores de 5 años) y 14 días para el resto de grupos a partir de su detección; con la finalidad de realizar un análisis de cada caso, establecer las lecciones aprendidas y tomar decisiones de seguimiento.

F. Normas y protocolos de atención

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

1. Guías de abordaje para la atención a menores de cinco años: consiste en el componente clí-

nico y comunitario de *la Estrategia* de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Esta estrategia permite, a partir de la elaboración de preguntas sencillas y la observación de señales de riesgo, clasificar problemas frecuentes de la infancia y actuar mediante la atención, consejería y referencia de casos.

2. Guías de abordaje para la atención a personas mayores de cinco años: estas guías incorporan las Normas de Atención en Salud Integral para el Primero y Segundo Nivel del MSPAS, así como el abordaje sociocultural para ofrecer tratamientos de medicina natural (exclusiva y complementaria¹⁸), para las enfermedades y problemas de salud más frecuentes en este grupo. También incluyen la atención y consejería tomando en cuenta el autodiagnóstico y las lógicas socioculturales como el desequilibrio frío-caliente.

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

18- Atender una enfermedad con tratamiento natural exclusivo implica usar únicamente medicamentos naturales; con tratamiento natural complementario implica combinar medicamentos químicos y naturales.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA COMO EJEMPLO LA GUÍA DE ABORDAJE PARA MAYORES DE 5 AÑOS PARA LA ATENCIÓN DE NEUMONÍAS:

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MÁS COMUNES						
Paso 1		Paso 2	Paso 3		Paso 4	Paso 5
Pregunte	Observe/ escuche	Clasifique o Impresión clínica/ CIE 10	Actúe Manejo intercultural Si el manejo indicado lo permite, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		Orienta y aconseje	Dé seguimiento
			A) Atención con recursos de la medicina natural	B) Atención con medicamentos esenciales		
<p>¿Tiene tos? _____</p> <p>¿Cuántos días a partir desde que inició su enfermedad? _____</p> <p>(Más de 2 semanas vaya a cuadro de sintomático respiratorio o pesquisa de enfermos tuberculosos mayores de 10 años)</p>	<p>Tiraje subcostal y uno o más de los siguientes síntomas:</p> <p>Aleteo nasal, fiebre, sibilancias, cianosis, Respiración rápida:</p> <p>2 a 6 años: más de 25 por minuto</p> <p>6 a 10 años: más de 20 por minuto</p> <p>Temperatura axilar mayor de 38.0° C (Fiebre)</p>	<p>Neumonía J15.9</p> <p>(Neumonía grave)</p>	<p>En neumonía grave referir a hospital, abrigándolo durante el traslado.</p> <p>Acetaminofén dosis inicial: De 5 a menores de 10 años: Acetaminofén oral: 10 ml. (frasco de 120mg/5ml.)</p> <p>Adolescente Acetaminofén: 1 tableta de 500mg.</p> <p>Adulto: Acetaminofén 500mg, 2 tabletas</p> <p>Penicilina Procaínica dosis inicial de 5 a menores de 10 años: Penicilina procaínica 50,000 UI/Kg IM.</p> <p>Alérgico (a 9a penicilina: Eritromicina 40 mg/kg dosis inicial.</p> <p>Adolescentes y adulto/a: Penicilina procaínica: 800,000 UI IM. Alérgico/a a penicilina Eritromicina 500 mg. dosis inicial</p>	<p>Activar plan de Emergencia comunitario y orientación a familiares para el traslado.</p>	<p>Al retornar de hospital dejar cita en el Puesto de Salud, si no, hacer visita domiciliaria, según estado del enfermo.</p>	

<p>¿Tiene tos? _____</p> <p>¿Cuántos días a partir desde que inició su enfermedad? _____</p> <p>(Más de 2 semanas vaya a cuadro de sintomático respiratorio o pesquisa de enfermos tuberculosos mayores de 10 años)</p> <p>¿Cuándo aparece la tos?</p> <p>¿Se mantiene todo el día y la noche?</p>	<p>Respiración rápida (25 respiraciones/ minuto o más)</p> <p>No cianosis, no presencia de tiraje intercostal, posible sibilancia.</p> <p>Temperatura mayor de 38.5 °C (Fiebre)</p> <p>Se observa al enfermo claramente con malestar general.</p>	<p>Neumonía J15.9</p>	<p>Lo Natural en éste caso es complementario al antibiótico.</p> <p>Efecto antimicrobiano general: Recetar una de las plantas medicinales en té (Ver anexo 1) 1 vaso 6 veces al día con: Canela (1 dedo/vaso), eucalipto (5 hojas/vaso), ocote (3 rajitas de un dedo/vaso), ajo (3 dientes/vaso), o tomillo (1 ramita/vaso).</p> <p>Nota: el tomillo no tomar por las tardes y las noches.</p> <p>En caso de tos, ver la receta de JARABE CASERO EXPECTORANTE Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2) ó indicar 3 vasos al día de plantas medicinales según sea el caso con efecto.</p> <p>Para calmar la tos: Llantén (3hojas/vaso), manzanilla (3ramitas/vaso), Hierbabuena (3ramas/vaso), buganvillia (1cucharada/v)</p> <p>Ó para sacar flemas: Eucalipto (3hojas/vaso), jengibre (1 pulgada de raíz), ciprés (5 semillas/v), ocote (3 rajitas largo de un dedo/vaso)</p>	<p>En menores de 10 años de la primera dosis en el PS.</p> <p>De 5 a menores de 10 años: Amoxicilina 50mgs./kg/día, dividido cada 8 horas, por 7 días, vía oral. Acetaminofén 10 a 15 mgs./kg/dosis c/6hr. Máximo 3 días, vía oral. Adolescente - adulto: Penicilina procaina 800,000 UI vía IM c/24 hr. por 10 días, previa prueba. Alérgico (a) a penicilina: Eritromicina 1 tab. De 500 mg. c/6 hr. Por 7 días. Acompañada de alimentos y ranitidina 300mgs. Vía oral por la noche para proteger la mucosa gástrica. Acetaminofén Oral 500 mg. cada 6 horas por fiebre no más de 3 días. Apoyarse con medios físicos (si los familiares aceptan) y líquidos abundantes. En caso de sibilancia dar: De 5 a menores de 10 años: Salbutamol 0.35 mgs/kg/día Adolescentes y adultos Salbutamol de 4mg. oral primera dosis.</p>	<p>Tomar en cuenta el autodiagnóstico: La neumonía es una enfermedad fría que necesita ser recuperado el equilibrio del cuerpo, no exponer a chiflones luego del baño (De agua tibia o en temascal) Cuando el paciente se sienta ya mejor, sino sólo limpiarlo con un trapo húmedo. No dar alimentos fríos o frescos (Ver Anexo 3) Aunque tal vez la persona no tenga muchas ganas de comer, es necesario que se alimente bien. Orientar sobre signos de peligro. Ver recomendaciones generales en problemas respiratorios (Anexo 4)</p>	<p>Cita en 2 días. Si no viene al PS, hacer visita domiciliaria. Si la persona empeora en lugar de mejorar, referir de urgencia al CS u hospital.</p>
--	---	------------------------------	--	---	--	---

3. Hojas guía de atención integral: representan una alternativa al enfoque clásico de la atención clínica por problema o motivo de consulta. Específicas para menores de dos meses, hombres adolescentes y adultos y personas adultas mayores: son herramientas para realizar una consulta integral que considere las preguntas pertinentes sobre la salud (incluyendo sus modelos explicativos), examen físico completo, búsqueda de los problemas o factores de riesgo más frecuentes o relevantes, consejería y atención psicosocial.

Las hojas guía incluyen preguntas y evaluación clínica que permiten identificar los problemas más frecuentes o relevantes por ciclo de vida o sexo, así como consejería y orientación. Se aplican a los ciclos de vida específicos, independientemente del motivo de consulta.

A continuación se presenta como ejemplo una hoja guía para la atención integral de hombres adolescentes y adultos de 10 a 59 años:

PROBLEMAS A REVISAR	OBSERVE (INVESTIGUE Y COMPRUEBE)	POSIBILIDAD DE IMPRESIÓN CLÍNICA
1. Tos o dificultad para respirar	-Secreción nasal -Respiración rápida -Tiraje intercostal -Sibilancias -Tos crónica -3 Baciloscopias positivas	Resfriado Neumonía Neumonía grave Sintomático Respiratorio Tuberculosis
2. Oído y garganta	-Tumefacción atrás de la oreja -Dolor de oído con o sin supuración visible -Más de 14 días -Puntos sépticos en amígdalas -Ganglios linfáticos en el cuello -Solo garganta roja -Fiebre o escalofríos, gotea pus por la nariz	Mastoiditis Otitis media aguda Otitis media crónica Faringoamigdalitis Bacteriana Faringoamigdalitis Viral Sinusitis
3. Diarrea	-Signos de deshidratación -Diarrea sanguinolenta -Más de 14 días	Diarrea: con DHE grave, con DHE, sin DHE, Disentería Diarrea persistente
4. Fiebre	-Zona de alto riesgo de malaria o dengue, fiebre intermitentes, dolor retroorbital, Rash cutáneo, hemorragias -Ictericia, heces blanquecinas, Orina café; adenopatía, hepatomegalia	Malaria Dengue Hepatitis Chagas
5. Piel y mucosas	-Nódulos -Ulceras -Granos -Rash -Ronchas -Manchas rojas y/o blancas en forma de rueda en piel	Leishmaniasis, Oncocercosis Impétigo Dermatitis Micosis
6. Genitourinario	-Tira reactiva positiva -Dolor o ardor al orinar, -Secreción uretral -Úlcera (bucales y/o) en los genitales externos y/o internos -Dolor del área de lesión -Tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales -Ganglios linfáticos inguinales hinchados y dolorosos, abscesos fluctuantes o fístulas -Picazón intensa y excoriaciones en región genital, piel, abdomen y pezones -Comezón intensa -Puede observarse el parásito en vello púbico. -Persona sospecha pudo haberse contagiado. Ver chequear y aconsejar -Fiebre constante, múltiples y repetidas infecciones, diarrea, pérdida de peso sin ninguna otra razón, etc. -Realizar prueba rápida	Infección urinaria Síndrome de secreción uretral Síndrome de úlcera genital (Sífilis y Chancroide) Síndrome de bubón Inguinal Escabiosis (Sarcoptiosis) Pediculosis púbica Sospecha de VIH/SIDA

7. Alimentación y estado nutricional	-Palidez palmar, conjuntivas y mucosas de la boca -Problemas de alimentación -Peso inadecuado	Anemia grave Anemia Bajo peso Sobrepeso, obesidad
8. Signos de alerta en diabetes	Sed intensa, disminución de peso, aumento de apetito, orina frecuente, deshidratación	Diabetes (Sospecha, comprobar con pruebas de glicemia)
9. Signos alerta en hipertensión Mayores de 40 a Signos de Insuficiencia cardiaca.	-Letargia, sudoración excesiva, convulsiones, dolor precordial, edema, palidez, general, anuria, epistaxis -Dificultad para respirar al estar acostado, edema en pies al final del día	Hipertensión arterial Sospecha de insuficiencia cardiaca
10. Signos de alerta en diagnóstico precoz de cáncer	-Tos crónica, ronquera inexplicable -Baja de peso abrupto, -Sangrados anormales, -Masas, heces planas y delgadas -Indigestiones o dificultad para tragar -Fiebre sin causa aparente -Masas Ulceras (Boca)	Sospecha de cáncer
11. Salud bucodental	-Caries -Inflamación de encías -Y lesiones destructivas avanzadas -Ausencia de piezas	Caries dental Gingivitis Periodontitis
12. Visual	-Secreción purulenta, dolor en ojo (s) -Ojo rojo -Tiene blancas o grises las pupilas -Le pican los ojos o siente como que tiene arenilla -Disminución de agudeza visual	Conjuntivitis Ojo rojo Catarata senil Pterigion Disminución agudeza visual
13. Falta de propósito, tristeza	-Tristeza -Preocupación -Dolor de cabeza -Insomnio, etc.	Depresión Cefalea
14. Enfermedad Maya Popular (EMP):	-Presencia en autodiagnóstico ó signos o síntomas en consulta.	Aire: Cumatz o Can Susto Mal hecho
15. Necesidades de Planificación u orientación familiar. (Métodos modernos o naturales)	-Necesidad de espaciar embarazo en la pareja, -Deseo de no tener más hijos -Cuando no hubo decisión de iniciar algún método	Atención para la anticoncepción (Planificación familiar temporal o definitiva) Atención para la procreación
16. Otros: -Discapacidad -Primeros auxilios: Intoxicación, mordedura, etc. -VIF	identificación reciente por motivo consulta o referencia, etc. - Abuso de bebidas alcohólicas, otras. - Calcular la cantidad de bebidas/semana en los últimos 3 meses.	Discapacidad auditiva, visual, Primeros auxilios Otra: VIF Alcoholismo Tabaquismo Parasitismo intestinal Enfermedad péptica (Gastritis) Lumbago

4. Normas para la detección y vigilancia de enfermedades atendidas por el modelo maya y popular: al analizar autodiagnósticos registrados en fichas clínicas se identificaron las siguientes enfermedades: ojeado, empacho, mollera, caída, aire o calambre, susto, caída de matriz y hechizo o malhecho.

Las normas y procedimientos contienen las definiciones de caso sospechoso y confirmado, que han resultado útiles para establecer impresiones clínicas y realizar vigilancia epidemiológica por grupo etáreo y sexo. Por estar relacionada a una alta letalidad, el hechizo o mal hecho es

considerado una enfermedad de notificación obligatoria semanal.

A continuación se presenta como ejemplo la norma de detección del hechizo.

CÓDIGO	EM Y P
Enfermedad o síndrome	Mal hecho, hechizado, mal hechizo, daño, brujería. Itzi b Pendiente otra denominación, o K wur in itzinimtzam: Mam de San Juan Ostuncalco.
Razón y/o bases para la vigilancia	Una de las enfermedades de filiación cultural que no se encuentra dentro del grupo de las más frecuentes pero se presenta en todas las edades, especialmente en los mayores de 5 años, en adolescentes, el adulto joven o el grupo de Mujeres en Edad Fértil; con un cuadro amplio que compromete la salud y bienestar de la persona tanto física, mental, emocional y espiritual. Si no es tratada adecuadamente puede presentarse como un cuadro crónico y con etapas de gravedad. Sino es tratado oportuna y adecuadamente, lo que incluye un manejo desde el punto de la cultura, el desenlace puede traducirse en muerte. Es de importancia la caracterización de los afectados (as), para el apoyo psico-social así como a la familia. La causa está relacionada con la teoría de las intervenciones sobrenaturales.
Definición de caso recomendada	Definición de caso clínico: Persona de cualquier edad, especialmente mayor de 5 años que se refiere o en los que se observa dolor de cabeza intenso, de cuerpo, espalda, ojos, no ganas de comer, pérdida de peso importante, fiebre, náuseas; puede haber convulsiones, diarrea con moco, tos crónicas, irregularidad menstrual, o dolores menstruales intensos. Es una enfermedad que hay que tratar de manera adecuada (Por el terapeuta especialista), de lo contrario puede llegar a un estado crónico devastador o la muerte. (Siendo ésta la razón de vigilancia). Otros criterios: Mencionado por el enfermo-a o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico, o en la ficha familiar. Referido con tal denominación por el terapeuta maya-popular. Clasificación de caso: Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico y/o el tener el autodiagnóstico por parte de la enfermo-a o acompañantes (Registrado en la ficha clínica o familiar). Confirmado: Un caso con denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el-la terapeuta especialista sacerdote o guía espiritual maya, curandero-a general (Escribir nombre y apellidos).
Tipos de vigilancia recomendados	Vigilancia de activa. Incluida en reportes semanales (Notificación inmediata por parte de AEC a EAPAS PIAS; registro en casos especiales) y mensuales; registros de la ficha clínica o ficha familiar.
Información mínima a registrar	Datos de caso para notificación: Impresión clínica o diagnóstica, edad, sexo, información geográfica. Información recabada por responsables de sector con terapeutas maya o terapeuta popular sobre las referencias; asimismo la información por el seguimiento de casos especiales.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	-Enfermedad catalogada como fría tomar en cuenta en el manejo integral del caso. (Por ejemplo ver anexo 3 de guía rápida de alimentos frío-caliente en Guías de Abordaje). -Estimar la frecuencia, mortalidad, y distribución de la enfermedad. -Plan de suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos de dolor, fiebre, alto grado de desnutrición sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. -Incluir medidas de prevención en planes de IEC; y en la formación del personal. -Identificación temprana, intervención oportuna, prevención, apoyo a la familia. -Descartar otras impresiones clínicas, realizar estudios de baciloscopía, VIH, pesquisa de cáncer, etc. - Incluir en listado de casos especiales. (Aplicar la Guía cualitativa para Investigación y Seguimiento de Casos Especiales de Personas con Hechizo.
Manejo integral del caso	1. Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en todas las edades, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y si fuera niño-a AIEPI). 2. Medidas de primer auxilio que acompañen la referencia al terapeuta maya o terapeuta popular: En casos de dolor y fiebre utilizar Acetaminofén, acorde a edad. Tomar té de Ruda o pétalos de Rosas Blancas. Puede propiciarse el apoyo espiritual de personas como sacerdotes mayas, guías espirituales, o pastores de la iglesia a donde pertenece el enfermo-a, acorde a la creencia y decisión del enfermo-a y acompañantes. 3. Seguimiento semanal por responsable de sector, de casos especiales sea mal hecho sospechoso o confirmado.
Información para referencia adecuada	Ver directorio por sector o pilotaje de terapeutas con especialidad (o sub-especialidad) de sacerdotes o guías espirituales mayas. Si referido a: Anotar en ficha clínica.

Cuando se presentan problemas que, por su complejidad o etiología, no pueden ser resueltos por el personal de salud de los PS, se llevan a cabo referencias al médico (a) o enfermero (a) profesional, al centro de salud u hospital del MSPAS, a TM y TP o a servicios privados de salud.

G. Instrumentos de registro

Las actividades realizadas dentro del programa individual son registradas en distintos formularios, cada uno con instructivo y listados de códigos específicos que facilitan su correcto y completo llenado. Estos instrumentos de registro son ingresados a un sistema automatizado que genera los reportes necesarios para analizar la situación de salud y monitorear con suficiente detalle las acciones realizadas. Es decir, que la información recolectada en una comunidad o sector, regresa procesada y consolidada para el uso de los mismos equipos comunitarios de salud (ECOS) que la generaron. Para el registro de las actividades realizadas desde el PIAS, se cuenta con los siguientes instrumentos:

1. Ficha clínica: en este instrumento se registra la información de la consulta y controles clínicos; se llena una ficha clínica por cada consulta¹⁹ o control realizado. La ficha clínica puede acompañarse, en caso de atención a un (a) niño (a) menor de cinco años, de un instrumento de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI).

La ficha clínica debe ser llenada por el personal que brinda la atención (miembro del ECOS o de los equipos de apoyo para la atención en salud, EAPAS), no importando si la atención individual se da en PS, AIP o en visita familiar integral, puntual o de seguimiento. Para estandarizar y facilitar el llenado se tienen los códigos de enfermedades en base a la décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y códigos para medicamentos. Para el caso de enfermedades maya o popular –EMP- se cuenta con una codificación propia.

Una copia de la ficha clínica se queda en el PS y formar parte del expediente clínico individual del paciente, otra, es enviada periódicamente para su digitación en el sistema de información automatizado. Lo anterior permite tener en el PS un historial clínico completo de cada paciente y, a la vez, mantener actualizada la base de datos que generará los reportes necesarios para el análisis y monitoreo del PIAS.

2. Cuaderno para menores de 5 años (Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA 5): este instrumento se genera a partir del sistema automatizado de información, e incluye los datos necesarios para la ubicación y seguimiento de población menor de cinco años registrada en cada comunidad y sector. En él, se anota la información sobre inmunobiológicos, micronutrientes y desparasitantes entregados, así como información del peso y talla de los (las) niños (as) menores de cinco años.

La información de vacunación y suplementos es registrada por parte del o la Auxiliar de Enfermería Comunitaria (AEC), independientemente del contexto en que se brindó la atención (consulta en PS, visita familiar puntual o AIP). Un cuaderno de vacunación registra a todos los niños(as) menores de cinco años que pertenecen a una misma comunidad. Esto facilita el registro y seguimiento de cada niño (a) y, por lo tanto, contribuye a mejorar la calidad de información para el cálculo y monitoreo de coberturas de vacunación.

Por lo menos dos veces al mes se envían los cuadernos de vacunación de todas las comunidades que integran un sector, para ser digitados en el sistema automatizado.

3. Cuaderno para mujeres en edad fértil (SIGSA 5B): este instrumento también se genera a partir del sistema automatizado de información y permite registrar datos sobre vacunación y suplementos entregados a mujeres de 15 a 49 años.

La estructura, registro y envío de información relacionados con este cuaderno de vacunación, son

¹⁹- Incluye atención de consultas, emergencias, entrega de resultados de Papanicolaou o baciloscopías y referencia de pacientes a otro nivel.

similares a lo descrito en el utilizado en menores de cinco años; a diferencia de este último, incluye acciones en mujeres de 15 a 49 años.

4. Hoja de otros servicios: contiene información de servicios de hipodermia, curaciones, baciloscopías, canalización intravenosa, cirugía menor, entrega de métodos inyectables de planificación familiar, lavado de oídos²⁰, u otros servicios.

La hoja de otros servicios la llena el personal que brinda la atención, sea ésta en actividades realizadas dentro o fuera del PS. Estos formularios pueden incluir a las personas del sector cubiertas por un PS o, de la misma forma, a personas de comunidades no incluidas dentro del territorio que implementa *la Estrategia*. Por lo menos una vez al mes se envían los formularios de otros servicios del PS para ser digitados en el sistema automatizado.

5. Instrumentos de referencias: existen formatos para realizar referencias a otro nivel de atención en salud y uno específico (visual) para hacer referencias a terapeutas mayas y terapeutas populares.

Las personas, luego de una evaluación clínica por parte del AEC o del EAPAS, se remiten mediante nota de referencia a un nivel de resolución mayor. Es por ello que existe derivación de pacientes desde un/a AEC hasta niveles de mayor resolución, con o sin evaluación previa del personal del EAPAS. Además de los formatos usados para el traslado de pacientes, la ficha clínica también permite registrar referencias, tanto a niveles de mayor resolución, como a terapeutas mayas y terapeutas populares (TM y TP) y a abuelas comadronas, cuando se desea confirmar un diagnóstico de enfermedad maya y popular (EM y P) y dar un seguimiento de mayor pertinencia intercultural.

6. Otros registros y consolidados: se anota la detección, seguimiento y evolución de casos especiales, niños (as) con desnutrición y personas con enfermedad crónica.
7. Instrumentos de vigilancia activa de riesgos en embarazadas, puérperas y recién nacidos.

Después que una embarazada de noveno mes ha recibido su control por médica (o) o enfermero (a) profesional, o posterior al control de puerperio y RN, estas personas recibirán una visita semanal para vigilancia de riesgos durante 4 semanas. Para ello, se cuenta con instrumentos que permiten al/a la auxiliar de enfermería la identificación y registro de riesgos, tanto de carácter biológico como asociados al contexto familiar (P. ej: violencia intrafamiliar). A partir de los hallazgos, el/la AEC deberá aplicar la ruta establecida, que puede incluir referencia a hospital, ruta de apoyo psicosocial o ambas, además de una vigilancia estrecha hasta que la condición de riesgo se haya superado.

8. Instrumentos de investigación de muertes.

En caso de muertes, se realiza, registra e ingresa la investigación correspondiente y el análisis del caso, para establecer las lecciones aprendidas y decisiones sobre seguimiento. Se cuenta con instrumentos de investigación de muertes para los siguientes grupos: mortinatos, menores de 28 días, menores de 2 años, menores de 5 años, MEF, muerte materna y resto de grupos.

H. Ficha clínica como instrumento integrador

La ficha clínica consta de dos partes: hoja de información general y condiciones de vida y hoja de ficha clínica. La hoja de información general y condiciones de vida es impresa al inicio del año, a partir de la información recolectada en el censo completo o actualización de censo o al actualizar información durante visita familiar integral; Incluye datos referentes a condiciones de la vivienda que habita la persona y condiciones de riesgo del medio.

La información contenida en las dos partes de la ficha clínica permite conocer factores biológicos, condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad de la persona que busca atención. A la vez, las variables incluidas, permiten mantener presente las perspectivas propias de *la Estrategia*, así como la importancia de acciones en los ám-


²⁰- Este instrumento también se usa para registrar dosis de vacunación con toxoide diftérico del adulto en otros grupos de población (hombres mayores de cinco años).

bitos de la curación, prevención y rehabilitación, propias del PIAS.

La hoja de información general y condiciones de vida incluye información de condiciones de vivienda y medio ambiente, que permitirá conocer tanto factores biológicos, como condicionantes y determinantes del individuo. Por ejemplo, información demográfica, como la ubicación geográfica y edad de una persona, pueden llevarnos a considerar dos

factores biológicos específicos: el posible apareamiento de enfermedades endémicas en una región del país, como el dengue o la oncocercosis, y anticipar la capacidad de respuesta del individuo ante una eventual infección respiratoria. Al mismo tiempo, la hoja de información general y condiciones de vida integra datos que incluyen idioma, alfabetismo, escolaridad, migración, materiales con que está hecha la vivienda, acceso a agua potable y uso de letrina, que condicionan y determinan la ocurrencia de da-

FICHA CLÍNICA: HOJA DE INFORMACIÓN GENERAL Y CONDICIONES DE VIDA

		FICHA CLINICA INFORMACIÓN GENERAL Y DE CONDICIONES DE VIDA							
Departamento			Área						
Municipio			Distrito						
Territorio			Sector						
Comunidad			Fecha generación de datos						
Apellidos y Nombres									
Código de Familia			No. orden		Paga IGSS				
Jefe de Familia			Fecha de Nacimiento						
Edad		Sexo		Alfabetismo		Pueblo		Comunidad Lingüística	
Religión		Escolaridad							
Miembro de Organización/Líder				Trab.Salud					
Migración		Temporal		Permanente		Migrante Agrícola Residente			
Extrema Precariedad		Piso de Tierra		Techo de paja		Paredes de madera			
Cocina dentro del dormitorio		Cocina a Fuego abierto en el suelo		No. Cuartos para dormir		Energía Eléctrica			
Almacenamiento de agua		Fuente de agua			Días sin agua				
					Sin servicio de agua horas o días				
No siempre tratan el agua		Sin letrina en la vivienda			Tiene letrina pero alguien >5a no la usa				
Letrina descuidada o uso inadecuado		Tiran la basura en cualquier parte			Uso de Plaguicidas				
Convivencia con animales				Animales sin vacuna el año anterior					

ños a la salud. Con lo anterior se pretende garantizar que la comprensión y abordaje de un problema de salud, trascienda la atención del motivo de consulta por el cual la persona acudió al servicio.

La hoja de ficha clínica posee ocho secciones: datos generales, motivo de consulta, antecedentes, examen físico, signos de peligro (incluyendo riesgo obstétrico), pruebas diagnósticas, diagnóstico/tratamiento y consejería/seguimiento. Si bien, con esta estructura, se mantiene la secuencia clínica tradicional que facilita alcanzar un plan diagnóstico y terapéutico, al revisar el interior de cada sección encontraremos preguntas que incorporan aspectos particulares de *la Estrategia*. Por ejemplo, con relación a las perspectivas, resalta la información que se registra sobre aspectos de pertinencia intercultural. Para entender cómo se explican las personas los problemas de salud (sus modelos explicativos), se registra el autodiagnóstico y el "camino del enfermo". Es decir, se indaga sobre las acciones que se han realizado para resolver el problema y si previamente se ha consultado a TM y TP o a otros servicios. Esta información, al momento de la consulta, es insumo para la comprensión, el diagnóstico, la negociación del tratamiento y el intercambio educacional con pertinencia cultural.

De igual manera, en cuanto a la perspectiva de género, la ficha clínica contempla el registro de antecedentes, riesgos o problemas de adicciones, violencia basada en género (VBG), violencia intrafamiliar (VIF), depresión, etc., solicita mostrar interés por las acompañantes mujeres de las (los) consultantes e identificar si están embarazadas; y, con respecto a intercambio educacional, se abordan y registran temáticas tales como paternidad responsable, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), Planificación Familiar, las cuales en concordancia con lo normado en el MSPAS, se ofertan a mujeres y hombres sin distinción de sexo, edad o estado civil, existiendo materiales de apoyo a estos temas con perspectiva de género.

No podemos dejar de mencionar que, dentro de la hoja de ficha clínica, existe información que permitirá mantener un enfoque asistencial a partir de las acciones propias del PIAS: prevención, curación y rehabilitación. Por ejemplo, cuando el personal identifique un embarazo de noveno mes con ausencia de movimientos fetales, podrá prevenir una complicación obstétrica de una forma más adecuada, o si sabe que la paciente vive en extrema precariedad y no cuenta con el apoyo de su pareja o algún miembro clave de la familia.

FICHA CLINICA											
1. DATOS GENERALES		Fecha consulta		Sector		Lugar de consulta		Código de familia		FC	
2. MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD		Fecha Mac FC		APELLIDOS, NOMBRES		Pueblo FC:		Com. Ling. FC		Procedencia FC	
3. ANTECEDENTES (Todos los grupos de población)		No orden		Edad		Sexo		Quien o quienes atendieron:		Escolaridad FC	
4. EXAMEN FISICO (Todos los grupos)		Profesión u oficio o condición		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
5. SIGNOS DE PELIGRO Y RIESGO OBSTETRICO		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
6. PRUEBAS DIAGNOSTICAS/RESULTADO		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
7. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
8. CONSEJERIA Y SEGUIMIENTO		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
9. FIRMA O HUELLA DIGITAL		Mig. Agrícola FC		Sexo FC		Sexo FC		Pagó EMERGENCIA IA		Pagó ISSS	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y CAMINO DEL ENFERMO(A)											
Motivo de Consulta ¿Porqué esta consultado?											
Autodiagnóstico											
Remedios Recibidos											
Personas que apoyaron											
3. ANTECEDENTES (Todos los grupos de población)											
ANTECEDENTES PERSONALES											
ANTECEDENTES FAMILIARES											
4. EXAMEN FISICO (Todos los grupos)											
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO (DATOS POSITIVOS QUE SUSTENTAN LA IMPRESIÓN CLINICA)											
5. SIGNOS DE PELIGRO Y RIESGO OBSTETRICO											
6. PRUEBAS DIAGNOSTICAS/RESULTADO											
7. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO											
8. CONSEJERIA Y SEGUIMIENTO											
9. FIRMA O HUELLA DIGITAL											

I. Indicadores para el monitoreo del programa

Las actividades, cumplimiento de objetivos y alcance de los resultados del programa individual se monitorean a través del cálculo y análisis de indicadores específicos. El cálculo se realiza de forma automatizada a partir del ingreso oportuno de los instrumentos de registro correspondientes y la información puede desagregarse por territorio, sector, comunidad y Distrito Municipal de Salud. El análisis se hace en los niveles local, territorial y de distrito de salud de forma mensual y anual en base a las metas establecidas en la programación operativa anual.

Los indicadores responden a las perspectivas que caracterizan la estructura programática de *la Estrategia* y permiten medir mensual, trimestral o anualmente los procesos locales.

²¹- El 100 % de las embarazadas de 9° mes debe ser evaluada por AEC.

²²- Indicador del MSPAS, Unidad de Asistencia Técnica (UAT) al primer nivel de atención (Programa de Extensión de Cobertura). no mínimo de alimentos.

EJEMPLO DE ALGUNOS INDICADORES MONITOREADOS EN LA ESTRATEGIA

INDICADORES DEL PIAS
GÉNERO
Mujeres de 40 años y más con una muestra de Papanicolaou anual
Consultas a mujeres por motivos no reproductivos
Consultas a varones (10 años en adelante)
Razón de consultas mujer/varón anual
Embarazadas en 9° mes vistas por médico(a) o enfermera (o) profesional de PIAS ²¹
PERTINENCIA INTERCULTURAL
Consultas con impresión clínicas de Enfermedad atendida por el modelo maya y popular
Consultas con EM y P y referencia a TM y TP
Tratamiento natural complementario
INTEGRALIDAD
TMP que recibieron consulta integral
Abuelas Comadronas atendidas en consulta integral por médico (a) o enfermera (o) profesional de PIAS
Personas con enfermedad crónica atendidas en consulta integral por médico (a) o enfermera (o) profesional de PIAS
DERECHO A LA SALUD
% de personas del área de cobertura que han sido atendidos en consulta al menos 1 vez
Hombres integrantes de COPEC atendidos en consulta integral
Hombres COCODE en consulta integral
Niños (as) < de 1 año con diarrea, deshidratación y/o neumonía con seguimiento según norma ²²

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AIEPI	Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia
AIP	Atención Interprogramática
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
CS	Centro de Salud
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
EMyP	Enfermedad maya y popular
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PS	Puesto de Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TM y TP	Terapeuta maya y Terapeuta popular

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/Medicus Mundi Navarra/Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
2. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente -bases y lineamientos-. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133p.
3. Medicus Mundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
4. Medicus Mundi (2003) Diseño programático y sus prioridades. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
5. Medicus Mundi (2006) Guías de abordaje de la atención a personas mayores de cinco años por los auxiliares de enfermería comunitaria en los puestos de salud. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
6. Medicus Mundi (2009) Normas para la detección y vigilancia de enfermedades maya-populares. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
7. Medicus Mundi (2006) Hojas guía de atención integral. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.

Capítulo 7

Programa Familiar de Atención en Salud —PFAS—

El presente capítulo describe las bases conceptuales que fundamentan la estructura programática de *la Estrategia* y aborda características, espíritu y elementos que operativizan el Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).

I. Diseño Programático

La estructura programática de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud se sustenta sobre una base conceptual que incluye sus perspectivas, la comprensión y abordaje del proceso salud-enfermedad y los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad.

A. Perspectivas de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

Las perspectivas que han orientado el diseño e implementación de *la Estrategia* son: derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente.

Al entender la salud como derecho ciudadano, ésta es conceptualizada desde su dimensión social y política, asumiéndola como un derecho humano, de aquí la obligatoriedad del Estado de garantizarle salud a la población. Además de brindar servicios continuos y de calidad, las acciones sanitarias deben promover la participación ciudadana y fortalecer el control por parte de la sociedad.

La pertinencia intercultural se expresa desde el reconocimiento de una sociedad multicultural, pues en ella hay diversidad de matrices culturales, que implican cosmovisiones distintas, así como concepciones de salud, enfermedad y prácticas particulares de modelos de salud, distintos al biomédico hegemónico. Lo anterior implica la promoción sistemática y gradual, desde el Estado y la socie-

dad civil, de espacios y procesos de interacción positiva, en donde se construyen relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate.

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

La perspectiva de medio ambiente originalmente dentro de *la Estrategia* fue un sub programa. Con su desarrollo e implementación, se comprendió la necesidad de considerar al medio ambiente de una manera más amplia, relacionándolo con todas las dimensiones, componentes, programas y acciones. Esta perspectiva se conceptualiza a partir de los principios básicos de holismo (interdependencia entre todos los organismos, seres y elementos en el planeta y fuera de él) y biocentrismo (a la naturaleza no se le cuida por ser fuente de recursos, sino que se le respeta por derecho propio). Operativamente, además de asumir una postura crítica ante las ideas que se impulsan sobre el desarrollo, la producción y el consumo, se proponen cambios que favorezcan el consumo responsable y se impulsan acciones de atención a personas, familias y comunidades, relacionadas con el medio ambiente.

B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad

Entender el proceso salud enfermedad de manera multidimensional implica considerar en el origen de la enfermedad junto a causas biológicas, otras características como etnia, tipo de trabajo, ingreso económico, escolaridad, acceso a servicios básicos, religión, cosmovisión, etc., todas, agrupadas en los llamados condicionantes y determinantes de la salud enfermedad. En 1998 la Organización Mundial de la salud (OMS) con respecto a los determinantes planteaba: *“Sin la paz y la justicia social, sin un aprovisionamiento suficiente de alimentos y de agua, sin educación y vivienda conveniente, en fin, si no se le da a cada uno y a todos un papel útil en la sociedad y un ingreso adecuado, no puede haber salud para la población.”* (Tomado de Gómez Zamudio, 1998).

De la misma forma, estas realidades explicativas —actores biológicos, condicionantes y determinantes— deben considerarse al momento de planificar y emprender acciones en el campo de la salud. Así, a la acción de actuar frente a causas que condicionan y determinan el proceso salud enfermedad se le conoce como **promoción de la salud**; ésta toma en consideración aspectos individuales, ambientales, sociales, económicos, culturales, políticos, etc., que permiten el desarrollo de condiciones favorables de salud. La promoción de la salud se define entonces como *“Resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto, el cual brinda a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, entre otros para que individual y colectivamente desarrollen su potencial en aras del bienestar.”*

Se puede decir entonces que la promoción de la salud debe estimular a los individuos y comunidades para que puedan intervenir y controlar condicionantes y determinantes, fortaleciendo la responsabilidad social (empoderamiento²³), mediante la organización y gestión comunitaria, que les permita alcanzar el desarrollo en procesos sucesivos, cada vez más óptimos, de bienestar, calidad de vida y condiciones sa-

ludables. Esto último se refleja en la Carta de Ottawa (1986) *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”*

Mediante la promoción de la salud se trata de crear el poder o condiciones para que individuos y grupos postergados adquieran capacidad de decisión y control sobre sus asuntos mediante la búsqueda de soluciones. De la misma forma se busca empoderar a los tomadores de decisión (líderes políticos, sociales, religiosos, comunitarios, y otros) para que tomen acciones decisivas que logren un mayor desarrollo en las poblaciones socialmente excluidas.

Cuando los condicionantes y determinantes no son abordados o modificados por las acciones de individuos, familias y comunidades, estos se manifiestan como factores de riesgo; o sea que van a permitir o facilitar la ocurrencia de daños en salud, expresados en casos de enfermedad, discapacidad o muerte. Los factores de riesgo pueden ser de diversa índole y naturaleza, algunos ejemplos que podemos mencionar son: no tener servicio de agua potable, consumo de agua no tratada (hervida, clorada, purificada y otros), presencia de criaderos de mosquitos transmisores de dengue o paludismo, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de la familia, rechazo a las acciones de los servicios de salud o a la referencia a otro nivel de mayor complejidad.

De lo anterior, entendemos como prevención de la enfermedad a las acciones que permiten proteger a los individuos y grupos de los factores de riesgo que favorecen un proceso mórbido. Difiere de la promoción de la salud, en que ésta última trabaja con las poblaciones buscando cambios más profundos en condicionantes y determinantes. Algunos ejemplos de las acciones de prevención son los siguientes: educación sobre el uso del mosquitero para prevenir la picadura de mosquito transmisor de paludismo, la fluorización de la sal de consumo humano para evitar la caries dental.

Cuando las acciones de promoción y prevención están ausentes o son insuficientes, aparecen los

²¹- En 1992, Wallerstein define así empoderamiento: *“proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social”*. Elaboración propia con base a Dever, 1991: 9; y Gómez, 1998: 12.

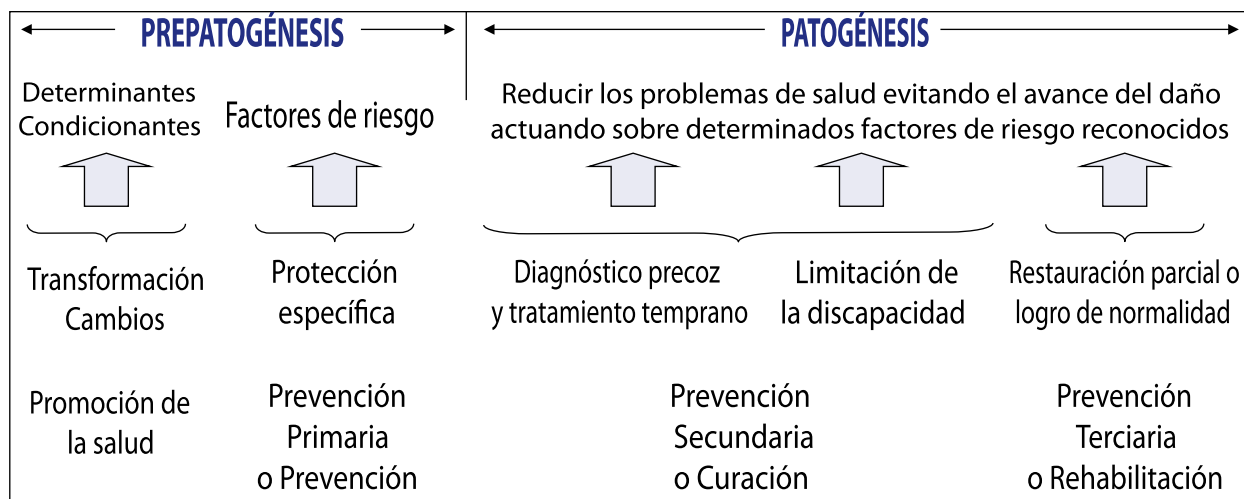


Figura 1. Enfoque epidemiológico y tipo de atención en salud²²

daños a la salud. Estos daños se manifestarán en un individuo como signos y síntomas, que, al identificarlos, el personal de salud busca alcanzar un diagnóstico que permita el tratamiento adecuado. A las acciones que se realizan frente a un daño ya establecido le llamamos curación o reparación, y resultan ser medidas en individuos orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad en cualquier estadio de su evolución.

Para la atención adecuada de una enfermedad resulta esencial tanto el diagnóstico y captación oportuna, como la autoatención, que requerirá la consejería y toda la información, educación y comunicación necesarias para que la familia actúe al presentarse complicaciones. Algunos ejemplos de curación pueden ser la atención oportuna de diarreas e infecciones respiratorias en niños, el tratamiento acortado estrictamente supervisado en pacientes con tuberculosis y la sutura de una herida cortante en cuero cabelludo. La curación exige que el personal de salud capte tempranamente los casos y controle a la población ya afectada, para evitar o retardar la aparición de complicaciones, secuelas o daños definitivos.

Cuando a pesar de las acciones curativas, o por ausencia de ellas, la enfermedad avanza y se agrava, se producirán estados crónicos, secuelas o incapacidad. Abordar estas secuelas o discapacidades

como resultado de la enfermedad es lo que conocemos como **rehabilitación**, acción que debe abarcar la recuperación integral del paciente, en su componente físico, psicológico y social y que busca su reinserción en la comunidad.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) define la rehabilitación como *“el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en el aspecto funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad.”*

En nuestra realidad cotidiana y comunitaria estamos habituados a una rehabilitación más de tipo individual por causas biológicas, restaurando hasta donde es posible a personas con secuelas físicas de distintas causas. Sin embargo, existe otra rehabilitación más colectiva, como la que requieren los problemas psicosociales que pueden presentarse en los casos de una mujer abusada o violentada, o en personas que consumen sustancias adictivas como el alcohol o las drogas. En estas situaciones se requieren acciones que rebasan la tradicional capacidad de los servicios de salud, como lo son: grupos de autoayuda, terapias grupales, consejerías de diversas disciplinas, iglesias y otros.

22- Elaboración propia con base a Dever, 1991: 9; y Gómez, 1998: 12.

C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad

La Estrategia realiza el abordaje del proceso salud enfermedad en tres niveles de análisis-acción: el individuo, la familia y la comunidad. Es en estos espacios naturales de población donde se desarrollan, reproducen y manifiestan los condicionantes, determinantes y factores de riesgo, que se explican a partir de la realidad social e intervienen en el proceso salud enfermedad; es también hacia ellos donde deben dirigirse las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Una característica de estos niveles de análisis-acción es su estrecha relación entre sí, pues las personas forman parte de una familia, y éstas están incorporadas dentro de comunidades. De aquí, que las acciones de salud realizadas en las personas tendrán repercusiones en las familias y comunidades, aquellas que se ejecuten con las familias beneficiarán a las personas y comunidades y, las que se implementen en las comunidades impactarán a familias y personas.

Estos tres espacios son también el punto de partida para desarrollar la estructura programática de *la Estrategia*. Los tres programas que se ejecutan son:

1. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).
2. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).
3. Programa Comunitario de Salud (PCOS).

Para facilitar el ordenamiento de las actividades, cada uno de los programas se trabaja a partir de sub programas que toman en cuenta los ciclos de vida: infantil, preescolar y escolar, adolescente, mujer, hombre y persona adulta mayor. Es así como la estructura programática, para adecuar las acciones que se desarrollen, incorpora, además del entorno, los aspectos culturales, sociales y biológicos de los ciclos de vida.

Esta estructura programática permite una atención integral, ya que a través de ellos se implementan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de forma complementaria. En la siguiente figura se integran las acciones dentro de cada uno de los programas de *la Estrategia*.

El Programa Individual de Atención en Salud –PIAS- implementa acciones de prevención, curación y rehabilitación, priorizando las causas de enfermar y morir de acuerdo a factores de riesgo, frecuencia, distribución y severidad de los casos, para actuar con eficacia, precisión y oportunidad. Este programa realiza acciones de atención integral a la demanda en los puestos de salud (PS) con el equipo local, mediante consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios. Al mismo tiempo permite detectar y dar seguimiento a casos especiales a través de visitas familiares, referencia de pacientes y trabajo comunitario con grupos organizados por medio de atenciones interprogramáticas (AIP)²³.

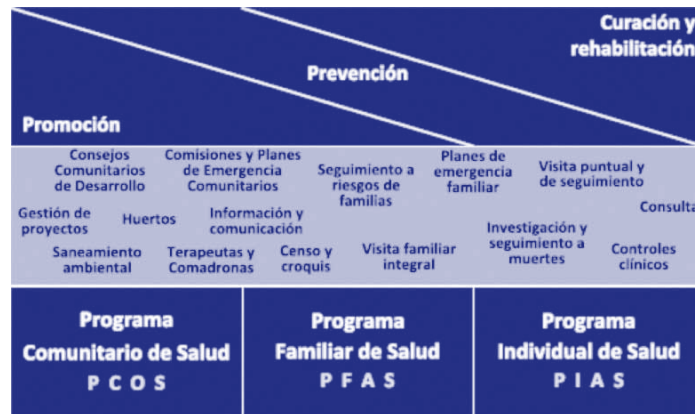


Figura 2. Integralidad de la atención en la estructura programática de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

²³- Las atenciones interprogramáticas consisten en intervenciones integrales en comunidades de muy difícil acceso que, dependiendo de las necesidades locales, incluyen acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud.

EL Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS) realiza acciones integrales, enfatizando en la prevención y promoción de la salud, y enfocándose en la atención de las familias, con el propósito de protegerlas mediante la identificación y abordaje de diversos factores protectores, riesgos y problemas a nivel familiar.

Este programa realiza visitas a las familias, identificando cinco posibles diagnósticos familiares (rojo, anaranjado, amarillo, celeste y verde); y las condiciones que agravan el diagnóstico familiar (extrema precariedad y vivienda insegura o en zona de riesgo). Además se realizan visitas de seguimiento familiar para el abordaje de diversos riesgos y problemas, especialmente los psicosociales y se desarrollan actividades educativas con grupos (familias, jóvenes y otros) para abordar problemas relevantes tales como violencia o adicciones. Las acciones de este programa evitan que los factores de riesgo abordados se transformen en daños, buscando a la vez potenciar factores protectores de la salud.

El Programa Comunitario de Salud (PCOS) con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirige su atención a la transformación de determinantes y condicionantes a nivel comunitario. Para lograrlo, inicialmente se identifican procesos sociales propios que comprendan lógicas, intereses y organizaciones que puedan influir en los perfiles de morbilidad y mortalidad sociocultural local, mediante la par-

ticipación de las organizaciones comunitarias existentes: consejos comunitarios de desarrollo (COCODE), Terapeutas mayas y Terapeutas populares (TM y TP), abuelas comadronas, comisiones de plan de emergencia comunitaria (COPEC), entre otros.

De esta manera, se pretende que la población aborde colectivamente los determinantes y condicionantes identificados, mediante la gestión de proyectos, el saneamiento ambiental, la información y comunicación, que dé por resultado el empoderamiento individual y comunitario.

La estructura programática de *la Estrategia* incluye al PIAS, PFAS y PCOS como programas operativos, que a su vez integran los programas verticales (Programas Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Programa Nacional de Salud Mental, entre otros) y las normas de atención por ciclo de vida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

La figura siguiente representa como la estructura programática de *la Estrategia* integra las normas de atención y vigilancia del MSPAS. Los programas horizontales, sub programas por ciclo de vida y las principales acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de *la Estrategia*, se desarrollan en concordancia con las normas de atención y vigilancia del MSPAS.

Figura 3
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN EN SALUD P I A S	PROGRAMA FAMILIAR DE ATENCIÓN EN SALUD P F A S	PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD P C O S
Subprograma Infantil	Curación/prevención	Prevención/promoción	Promoción/prevención
Subprograma Preescolar y escolar	Atención integral continua a demanda en PS (todos los ciclos de vida)	Visita familiar integral (Diagnóstico familiar , vigilancia activa de eventos priorizados: inmunoprevenibles, dengue y otros)	Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios. (COCODES): organización, gestión e intersectorialidad
Subprograma Adolescentes	Fortalecimiento de la Integridad de la consulta mediante Hojas Guía	Visitas de seguimiento a familias con diagnóstico rojo, anaranjado y amarillo (Plan familiar, ruta)	Relacionamiento y coordinación con líderes formales e informales
Subprograma Mujeres	Atención preventiva intra y extra muros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, RN , menor de 5 años, MEF y otros)	Visita familiar integral para intercambio educativo (abordaje de riesgos específicos de cada unidad familiar)	Planes de Emergencia Comunitarios en comunidades priorizadas (COPEC-COLREDS).
	Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y RN)	Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar (emergencias individuales)	Intercambio con Terapeutas Mayas y Terapeutas Populares (TMyTP) y abuelas comadronas
	Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contra-referencias y otros)		Agua, saneamiento ambiental y zoonosis
Subprograma Hombres	Seguimiento intra y extramuros de casos especiales (crónicos, tb, hechizo, desnutrición ,neumonía, otros)	<i>Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)</i>	Huertos demostrativos de plantas medicinales
Subprograma Personas adultas mayores	Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida)	<i>Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de VBG y otras)</i>	Atención inter-programática en comunidades de difícil acceso
		<i>Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción)</i>	
		<i>Comunicación e Información en salud : Trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.</i>	

Integración de la normativa de atención y vigilancia en salud del MSPAS

II. El Programa Familiar de Atención en Salud

El PFAS posee un carácter y espíritu propios que se fundamentan en las bases conceptuales propias de *la Estrategia*. Al mismo tiempo, su implementación dependerá del cumplimiento de objetivos, alcance de resultados esperados, desarrollo de tácticas, cumplimiento de normas de atención y utilización adecuada de los instrumentos de registro. A continuación veremos las características y espíritu del programa, así como los elementos que permiten su operativización.

A. Caracterización del programa

Las condiciones y procesos que se desarrollan en la familia o unidad doméstica²⁶ son importantes para la acción en salud. En este ámbito se reproducen y manifiestan condicionantes y determinantes sociales, así como factores de riesgo o protección que influyen, no sólo en el proceso salud-enfermedad, sino también en las acciones de prevención y respuesta, individual o grupal, de los miembros de una familia.

Cada unidad doméstica tiene una lógica y dinámica propias que dependen de diferentes elementos. Inicialmente pueden mencionarse la estructura y ciclo

vital²⁷ de la familia, que permiten establecer quiénes y cuántas son las personas que componen el grupo doméstico, las características de éstas, las relaciones de parentesco existentes, así como los estatus y roles que cada miembro tiene asignados. Si bien, el término de familia muchas veces remite a la noción tradicional de familia nuclear (padres, hijas e hijos), es necesario considerar que dentro de una vivienda pueden encontrarse familias ampliadas en donde participan otras personas como los abuelos, tíos y primos, entre otras. Por otro lado, puede ser distinto compartir con una familia que está empezando a formarse, como aquellas parejas que empiezan su convivencia marital, que con una familia más madura en donde los hijos (as) ya son mayores.

Para analizar los condicionantes y determinantes de la salud se utiliza la categoría de reproducción social. Esta tiene un carácter histórico y es un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad. Para su entendimiento, la reproducción social se divide en reproducción material y cultural. La primera incluye los procesos de producción y consumo y la segunda se refiere a los procesos socio-culturales. Entre estos tres procesos existe una estrecha relación, y cada uno media y afecta al otro.

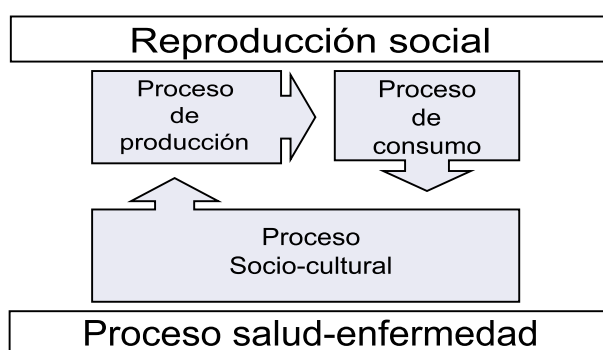


Figura 4. Relación entre reproducción social y proceso salud enfermedad

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

27- Ciclo vital: "Conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución y que varían según características sociales y económicas. Cada etapa del ciclo implica un conjunto de cambios en su constitución y transiciones entre un estado y otro." Estrella Sinche, E. y Suárez Bustamante, M. Introducción al Estudio de la dinámica Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38-47

En el intento por comprender las relaciones y condiciones domésticas, es crucial considerar los procesos de producción y consumo. Las actividades laborales realizadas, que por sí mismas y de acuerdo al trabajo desarrollado, representan riesgos específicos para una familia, condicionan un perfil de morbilidad y mortalidad dentro del grupo. Asimismo, es a partir de los procesos productivos que se generan ingresos, recursos y servicios utilizados por la familia. En este análisis es valioso incluir otros elementos, como por ejemplo los siguientes: si la producción se da en y a partir de medios propios, o más bien existe algún tipo de remuneración a través de una relación patronal; si los servicios o productos son para el consumo familiar, o son utilizados para el comercio a diferente escala. La división sexual del trabajo tiene implicaciones propias. Se hace énfasis en el trabajo doméstico asumido por las mujeres, quienes también participan en otras labores como podrían ser la agrícola, artesanal, comunitaria o de comercio, que les representan múltiples jornadas de trabajo.

La vivienda en donde se ubica el grupo doméstico es un elemento importante de las condiciones de vida del nivel familiar, que afectará la salud de manera correspondiente con el estado en que se encuentra éste, caracterizado por aspectos físicos y de saneamiento, presencia de sustancias tóxicas, ubicación en lugares de riesgo y otros. El consumo está limitado o potenciado por lo generado en la familia, pero también dependerá de los servicios y recursos a los que se acceda dentro o fuera del ámbito comunitario, como son: servicios de salud y educación, vías de comunicación, agua potable, energía eléctrica y otros. Es, en el acceso a estos servicios, donde juegan un papel preponderante la intervención estatal y la organización comunitaria.

A la par de la producción y el consumo, lo socio-cultural es crucial en la definición de las dinámicas y actividades familiares. El grupo cultural al que se pertenezca, las relaciones entre hombres y mujeres, las relaciones entre generaciones y por parentesco, la religión y la ideología política a las que se adscri-

ben sus miembros, pueden ser algunos elementos que delinear el tipo de actividad productiva que se realiza, la utilización, distribución y administración de los recursos, así como la participación, roles y estatus asignados a sus integrantes. Las lógicas socio-culturales también median la situación de salud de cada familia, desde la concepción de salud, factores de riesgo y enfermedades que se presentan, hasta la manera de entenderla y afrontarla, que incluyen prácticas de autocuidado²⁸, autoatención²⁹ y el camino del enfermo, que muchas veces también son parte del trabajo doméstico.

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

Las unidades domésticas también puede ser fuente de salud o enfermedad para cada uno de sus miembros, o viceversa, cuando la situación de salud de cada integrante puede afectar su entorno familiar. En este sentido, algunos ejemplos que pueden mencionarse incluyen: el caso de una persona con tuberculosis que pone en riesgo de contagio a sus parientes, un padre violento que agrede a su esposa e/o hijos, la presencia de un allegado alcohólico o unapersona adulta mayor que padece enfermedades degenerativas o incapacitantes. La detección de este tipo de problemas es crucial para una atención en salud efectiva. La identificación de familias que pueden necesitar un seguimiento y acompañamiento más estrecho,

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

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

puede decidirse sobre la vulnerabilidad de uno o varios de sus miembros.

B. Espíritu del programa

El PFAS toma en cuenta el carácter multidimensional de la salud, intentando comprender la estructura y procesos de reproducción social de la familia (productivos, de consumo y socio-culturales). Estos elementos determinan la dinámica y relaciones familiares, las vulnerabilidades y factores de riesgo domésticos y ocupacionales, así como las enfermedades y mortalidad de sus integrantes. A la vez, el programa reconoce dentro del grupo doméstico las potencialidades en cuanto al acceso que pueda tener a recursos, prácticas y sabidurías que le permiten protegerse, minimizar los riesgos y resolver sus problemas de salud.

A través del PFAS se establecen relaciones de confianza y respeto entre las familias y los servicios de salud, desarrollándose acciones preventivas, curativas y de rehabilitación desde sus matrices culturales. En las visitas domiciliarias es posible advertir los factores de riesgo y protección de este nivel, brindando consejería y apoyo permanente, integral, adecuado psico-socio-culturalmente y con perspectiva de género. Cada familia posee particularidades y problemáticas dictadas por variables diversas, y es en base a éstas que se dispensarizan³⁰ y realizan acciones sanitarias que fortalezcan sus capacidades de protección, incluyendo una mayor participación de los integrantes dentro de la unidad doméstica y en los espacios comunitarios.

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

trabajo de salud debe valorar e incluir a todos los actores, institucionales y comunitarios, fortaleciéndose las relaciones con terapeutas comunitarios y otros niveles de atención en salud que comprenden acciones de referencia y contrarreferencia.

C. Objetivo del programa

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

D. Resultados esperados

Los resultados que se pretenden alcanzar con el desarrollo del PFAS son los siguientes:

1. Se ha caracterizado a la familia, a partir de las variables y comprensión de sus lógicas particulares de funcionamiento, para el reconocimiento de conjuntos socio-culturales.
2. Se han detectado riesgos de condiciones de vida, laborales y socio-culturales que afectan la salud de la familia y se han fortalecido sus capacidades de autocuidado.
3. La familia ha identificado oportunidades y alternativas que fortalecen su capacidad de autoatención y camino(s) del enfermo, de acuerdo a sus estrategias de reproducción social.
4. Se han identificado enfermedades padecidas por los miembros de la familia para su seguimiento mediante acciones de tratamiento o rehabilitación.
5. La familia ha desarrollado una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis de disfunción familiar.
6. Se han promovido cambios para una mejor distribución y diversificación de responsabilidades y recursos, y una mayor participación de todos los miembros de la familia.
7. Se ha fomentado la participación efectiva de los miembros de la familia en los espacios comunitarios.

³⁰- Dispensarización: metodología que permite identificar, clasificar y actuar frente a riesgos (Instancia Nacional de salud. Medicus Mundi Navarra. Bases y lineamientos para el primer nivel de atención en salud rural. Guatemala enero 2002).

E. Tácticas operativas

El PFAS contempla 8 tácticas operativas, de las cuales, las primeras 4 son específicas del programa, mientras que las 4 restantes son tácticas compartidas con el Programa Comunitario de Salud (PCOS), por lo que se realizan en forma coordinada con dicho programa.

Tácticas operativas específicas:

1. Visita familiar integral (VFI):

Esta es la táctica operativa central del programa y a partir de ella se logra, mediante un diagnóstico familiar, caracterizar a las familias en su conjunto y definir las acciones y seguimiento necesarios. Requerirá acercamiento, identificación y creación de relaciones de confianza, intercambio de información para la prevención y oferta de rutas de seguimiento para solución de problemas.

El objetivo de la VFI es realizar un diagnóstico familiar para identificar y reducir riesgos y fortalecer capacidades que permitan afrontar y resolver problemas de la unidad familiar, mediante la interrelación y el diálogo. El diagnóstico familiar se alcanzará identificando factores de riesgo³¹, factores protectores³² y problemas³³ en cada unidad doméstica.

La VFI se brinda a todas las familias de las comunidades que integran el sector y se planifican y realizan tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Familias que residen en las comunidades más retiradas o de difícil acceso;
- Familias que no recibieron VFI el año anterior;
- Familias en extrema precariedad;
- Familias con mujeres embarazadas, niños/as menores de 5 años o sin menores de 5 años pero con personas de 50 años y más.

La VFI consta de tres fases: preparación, ejecución y seguimiento. En la preparación se analiza información de la familia a visitar, obtenida pre-

viamente en censo, o su actualización, línea de base, ficha (s) clínica (s) y ficha (s) familiar (es) de VFI anteriores. Esto permite conocer antecedentes familiares e individuales, ciertas condiciones de la vivienda y diagnósticos psicosociales y riesgos familiares ya establecidos. Toda esta información se recoge en la ficha familiar, que constituye un reporte del sistema automatizado de *la Estrategia* y a la vez se utilizará como instrumento de registro. También se revisa el seguimiento oportuno de las inmunizaciones y micronutrientes, así como de los controles preventivos en niños (as), embarazadas y puérperas. En caso de tener alguna dosis o control pendiente, se utiliza el instrumento para la referencia interna al Puesto de Salud, que busca garantizar los debidos seguimientos. El análisis de la información permite orientar el énfasis de la visita, buscar la persistencia de factores de riesgo detectados previamente y realizar otro tipo de acciones.

Durante la **ejecución** se verifican antecedentes familiares e individuales y condiciones del medio ambiente y se realiza vigilancia activa de enfermedades atendidas por el modelo maya y popular, y de enfermedades de notificación obligatoria (ENO). Se identifican y refuerzan algunos factores protectores relacionados con la red de apoyo y el uso de recursos de medicina maya y popular. También se realiza la búsqueda de 28 problemas psicosociales y 19 riesgos de medioambiente, educación y alimentación que, al detectarse, requerirán de un abordaje, seguimiento y consejería específicos. La búsqueda de problemas y riesgos permitirá hacer un diagnóstico familiar.

En la fase de **seguimiento** se establecen los apoyos psicosociales que se dan a la familia, visitas de seguimiento familiar, así como otras intervenciones individuales. El análisis de los riesgos frecuentes o relevantes deberá permitir también definir una referencia o establecer estrategias a desarrollarse con grupos de familias y a nivel comunitario. Por ejemplo, en esta fase se deberá de acordar con

31- Factor de Riesgo: Característica detectable en las familias que aumenta la probabilidad de sufrir un problema de salud en sus miembros y este repercute en el grupo familiar.

32- Factor Protector: Recursos que tiene una familia para evitar que ocurra un daño o enfermedad o capacidad para abordarlo.

33- Problema: Consecuencia o daño en salud que afecta a uno o más integrantes de la familia.

la persona responsable del PFAS el seguimiento a problemas graves de la familia como un caso de adicción a alcohol o drogas o un embarazo no deseado; la investigación de una defunción no registrada o el seguimiento clínico de un sintomático respiratorio identificado en la VFI.

Para fortalecer la ejecución de las fases descritas, se cuenta con la "Guía de Competencias de las tres fases de la VFI" y la "Guía de acción y seguimiento de la VFI". Para el registro de información se utiliza como instrumento la "ficha familiar" y en caso de hacerse una referencia se usa el "instrumento de referencia interna a PS". Estos documentos se detallan más adelante.

2. Visita de seguimiento familiar (VSF):

Con estas visitas se da seguimiento a familias con algún problema psicosocial: diagnóstico familiar rojo (problema grave en la familia), anaranjado (problema psicosocial en la familia, pero no piden o no quieren ayuda) o amarillo (riesgos de autoatención o aislamiento). Se enfocan en el problema principal detectado en la VFI.

En las VSF la (el) EAPAS responsable del PFAS en conjunto con la familia:

- a. Revisa la situación de la familia y cómo está enfrentando el problema.
- b. Define qué recursos tiene disponibles en la familia y comunidad (por ej. Iglesia a la que asiste la familia).
- c. Ofrece la referencia a otras instituciones (por ej. alcohólicos anónimos en el caso de alcoholismo).
- d. Elabora un plan de acción en conjunto con la familia.

Para el registro de información se utiliza como instrumento la "ficha de seguimiento familiar" y en caso de hacerse una referencia se usa el "instrumento de referencia interna a PS". Estos documentos se detallan más adelante.

3. Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo (VFIE)

Son visitas dirigidas al seguimiento de la diversidad de riesgos encontrados en las fami-

lias durante la primera VFI, especialmente los de medio ambiente, alimentación y educación. Se inician después que se ha concluido el ciclo de visitas familiares integrales y el respectivo ingreso de diagnósticos y riesgos familiares al sistema de información. Al igual que las VFI, las VFIE cuentan con las fases de preparación, ejecución y seguimiento, así como con una guía de competencias que hace un mayor énfasis en aquellas que permitan asegurar la calidad y pertinencia del intercambio educacional.

4. Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar (PEF)

Se ha normado que para toda embarazada y su familia debe construirse un PEF desde el primer control prenatal que se realice. Se programa una visita familiar para reforzar el PEF cuando la mujer alcanza el noveno mes de embarazo. Los PEF se diseñan para responder de forma inmediata en caso se presente una complicación durante el embarazo, parto o puerperio; requieren verificar que la mujer embarazada y los integrantes estén en capacidad de detectar señales de peligro, con convencimiento e información que les permita tomar decisiones oportunamente, así como tener prevista una red de apoyo y los recursos mínimos para trasladarse al nivel de atención que se requiera para solucionar el problema.

Tácticas operativas compartidas con el PCOS:

5. Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)

A partir del análisis de los riesgos identificados se planifican y realizan actividades de educación con grupos de familias seleccionados que compartan problemas o riesgos en salud. Para ello se organizan grupos de 15 a 20 familias por comunidad, dependiendo del número de familias en las cuales se han registrado los grupos de riesgos a abordar en dichas actividades.

6. Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de VBG y otros)

Se podrán desarrollar actividades educativas con jóvenes en temas relacionados con derechos sexuales y reproductivos, paternidad responsable, violencia, adicciones, cuyo contenido no tendrá dedicatoria hacia las familias que presenten estos problemas. En este grupo, se abordarán las problemáticas descritas desde una perspectiva de género y con pertinencia intercultural.

7. Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción de la salud).

Se desarrollarán actividades comunitarias en las que se identifiquen soluciones para problemas comunes identificados a nivel de las familias tales como falta de letrina o disposición inadecuada de la basura. Se promoverá el involucramiento de las organizaciones locales, así como la participación de las familias.

8. Comunicación e Información en salud: Trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.

Esta táctica va dirigida a desarrollar actividades educativas con otros grupos y audiencias distintos de los ya descritos en las táctica anteriores, tales como maestros/as, grupos de escuela, iglesia y otros a partir de problemas y necesidades identificados tanto en el programa familiar como el comunitario.

F. Normas y guías del PFAS

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

1. Listados de familias a visitar, según criterios definidos:

Mensualmente el sistema automatizado de información, en base a los criterios definidos en la sección anterior, genera listados de familias que se deben visitar. Estos listados, además de proporcionar información que permiten ubicar geográficamente a la familia, brindan datos relevantes como el diagnóstico familiar y factores de riesgo

útiles para la preparación de la VFI. La revisión de esta información facilita la dispensarización, pues permite tomar decisiones sobre cuáles son las familias que hay que visitar cada mes.

2. Consolidado de diagnósticos rojos, anaranjados y amarillos:

Este es también un reporte del sistema automatizado de información y sirve para conocer a las familias que por el tipo de diagnóstico requieren se dé seguimiento. Mientras el listado anterior se utiliza para realizar la VFI anual, este consolidado nos ayuda a dar seguimiento a familias con problemas psicosociales ya identificados. En él nos aparecen por comunidad y sector, las familias con diagnósticos rojos, anaranjados y amarillos, y si este primer diagnóstico ha tenido alguna variación.

3. Guía de competencias para las tres fases de la VFI: En este documento se explican a las/los AEC los diferentes criterios para desarrollar las 101 competencias necesarias en las tres fases de la VFI. Las competencias de la fase de preparación se orientan a priorizar a las familias, analizar su información y preparar documentos e insumos que se necesitarán en la fase de ejecución.

Las competencias de la fase de ejecución se organizan de acuerdo a los sucesivos momentos que se tienen en la realización de la VFI. Así, se detallan acciones para el inicio y la revisión de antecedentes (individuales y familiares), que junto a la búsqueda de datos sobre el medio ambiente, ciclos de vida, vigilancia y factores protectores, contribuirán a identificar los problemas y riesgos que en última instancia definen un diagnóstico familiar. Las competencias persiguen que el (la) AEC adquiera habilidades para la búsqueda activa, detección y verificación de signos y casos que permitan atención y referencia oportunas.

En la fase de seguimiento las competencias permitirán garantizar la coordinación con los EAPAS responsables de PIAS y PFAS y fortalecer el sistema de información de *la Estrategia*. A continuación se muestran, como ejemplo, las competencias a desarrollar en la fase de preparación de la VFI descritas en la guía.

FASE DE PREPARACIÓN

1. Cumplir con la norma del PFAS para la priorización de las familias a visitar.

Nota: Las fichas familiares se imprimirán y entregarán mensualmente a cada ECOS con base en los criterios de priorización establecidos en el PFAS. Sin embargo, de las fichas recibidas mensualmente en cada sector, las/los AEC deberán aplicar dichos criterios en el grupo de fichas recibidas para el mes, para asegurarse realizar las VFI en el siguiente orden:

- Iniciar con las comunidades más lejanas y escoger las familias para visitar en el siguiente orden de prioridad:
 - a) Familias no visitadas en el año anterior;
 - b) Familias en extrema precariedad;
 - c) Familias con menores de 5 años;
 - d) Familias sin menores de 5 años y con personas de 50 años y más;
 - e) Resto de familias.

2. Analizar la información de la ficha familiar para identificar previamente antecedentes y riesgos de importancia en cada familia.

Revisar antecedentes familiares, individuales, datos del medio y columna de año anterior de la hoja 3 de la ficha familiar. La realización adecuada de esta competencia es sumamente importante, ya que permite conocer de antemano información básica sobre cada familia, así como detectar problemas y riesgos antes de la visita con la finalidad de poder prepararnos mejor para las situaciones que enfrentaremos durante la VFI. A continuación se expone, a manera de guía, la información a revisar y su importancia:

- a. **Revisar antecedentes familiares:** tipo de familia, número de integrantes, actividad laboral, religión, las condiciones de la vivienda asociadas a los criterios de extrema precariedad (vivienda alquilada, tipo de piso, techo y paredes).

Importancia: esta información nos puede dar una idea general del nivel socioeconómico de la familia, nos ayuda a conocer previamente si se encuentra en extrema precariedad y también nos permitirá saber si hay relación entre algún riesgo encontrado y su religión. P ej.: rechazo de servicios o de vacuna.

- b. **Revisar antecedentes individuales:** enfermedad crónica (diabetes, hipertensión), discapacidad, enfermedad psicosocial, controles pendientes, vacunas pendientes, enfermedades agudas prioritarias y repetitivas en la familia, pendientes de vacuna, pendientes de control, pendientes de PAP, personas que suspendieron o que no utilizan PF y muertes en el último año.

Importancia: Esta información nos va a permitir identificar previo a la VFI si en la familia hay enfermos crónicos, discapacitados, personas con problemas psicosociales, personas con controles o atenciones pendientes y migrantes; para de esa manera prepararnos para verificar su seguimiento y hacer referencias en caso necesario.

Nota especial: Esta información nos permitirá identificar y registrar de antemano los siguientes 2 problemas clasificados dentro del Diagnóstico Rojo en la hoja 3 de la ficha familiar:

- Riesgo No. 33. Enfermedades agudas prioritarias y repetitivas en la familia.
- Riesgo No. 34. Muerte en la familia en el último año (materna, menor de 5 (prevenible), suicidio o violencia).

Recuerde que tan solo con el hallazgo de alguno de estos riesgos, usted ya puede saber previo a la VFI que la familia clasifica en el Diagnóstico Familiar Rojo.

- c. **Revisar datos del medio:** cocina, agua, letrina, disposición de basuras, perros y gatos.

Importancia: esta información nos va a permitir conocer previo a la VFI otras condiciones de la vivienda que están asociadas a riesgos tales como falta o mal uso de letrina, así como hábitos de la familia en relación al agua, la basura y la vacunación de animales.

- d. **Revisar la columna "año anterior" identificando riesgos que puedan continuar vigentes (hoja 3 de la ficha familiar):** incluye tanto los factores protectores como los riesgos y problemas según tipos de diagnóstico familiar.

Importancia: esta información nos permitirá identificar factores protectores, problemas o riesgos identificados en el año anterior, ya sea mediante el censo, ficha clínica o una VFI previa.

Importancia: podremos saber de antemano qué riesgos han sido identificados previamente en la familia para prepararnos para su abordaje, así como también para verificar si algo ha cambiado en la familia o no.

3. Preparar el intercambio educacional y consejería específica para cada VFI

Según el análisis de la información encontrada (problemas y riesgos más importantes, condiciones que agravan el diagnóstico y diagnósticos del año anterior) y después de realizar la competencia número 2:

- a) Leer y repasar previamente la guía de acción y seguimiento
- b) Preparar y revisar otros materiales de apoyo que requerirá para realizar intercambio educacional durante la VFI.

4. Revisar los documentos y material de oficina que deben llevar para la visita familiar

- a) Ficha familiar y Hoja de Códigos y signos de peligro;
- b) Tabla de Shannon;
- c) Croquis actualizado;
- d) Guía de acción y seguimiento;
- e) Guía de competencias para las 3 Fases de la VFI;
- f) Material de apoyo para riesgos seleccionados;
- g) Ficha clínica y hoja de códigos;
- h) SIGSA 1 e instrumentos de necropsias;
- i) Hojas guía de integralidad para hombres y personas de 50 años y más;
- j) Hoja de referencia a terapéutas y a otros niveles de atención;
- k) Hoja de referencia interna (al PS) para la familia (con papel copia para enviar al PS);
- l) Instrumento de Vigilancia Materna Activa;
- m) Instrumento de Vigilancia de RN y puérpera;
- n) Boletas de censo (sólo en el caso de personas nuevas provenientes de otro territorio);
- o) Hoja de antecedentes de niños y mujeres (sólo en el caso de niños y niñas o mujeres nuevas de otro territorio);
- p) Listado de CIE-10;
- q) Directorio de instituciones y personas a quien acudir para búsqueda de apoyo para problemas psicosociales;
- r) Lápiz, lapicero rojo, borrador y sacapuntas;
- s) Balanza (solamente en caso de familias con embarazadas de noveno mes).

5. Revisar los insumos y equipo que deben llevar para la visita familiar integral.

- a) Equipo para signos vitales: esfigmomanómetro, estetoscopio y termómetro;
- b) Vasos para muestra de BK;
- c) Sobres de suero oral;
- d) Botiquín de emergencias (primeros auxilios): guantes, soluciones intravenosas, equipo de venoclisis, algodón, alcohol, gasas, acetaminofén, suero de rehidratación oral y medicamentos para problemas vinculados a signos de peligro;
- e) Jabón y toalla de manos.

6. Registrar el egreso a los medicamentos que se van a llevar a la VFI de acuerdo a los mecanismos de control establecidos en los PS y hacer entrega a el/la AEC responsable de consulta y farmacia en esa semana.**4. Material de intercambio educacional para la familia:**

Se tienen láminas impresas con mensajes educativos claves para abordar temas de saneamiento del medio y la prevención de algunas enfermedades. Estas láminas además de tener información general, incluyendo consejos prácticos, presentan figuras que facilitan su comprensión y sirven de apoyo para que el personal pueda abordar algunos riesgos identificados en la VFI.

5. Guía de acción y seguimiento de la VFI:

Este documento facilita el desarrollo y seguimiento de una VFI; está organizado según los cinco posibles diagnósticos familiares (rojo, anaranjado, amarillo, celeste y verde); y las condiciones que lo agravan (extrema precariedad y vivienda insegura o en zona de riesgo). Contiene información sobre los 28 problemas y 19 riesgos incluidos en la ficha familiar.

El diagnóstico familiar rojo representa un problema grave, como adicciones o violencia, en donde algún familiar pide ayuda. El diagnóstico anaranjado también es un problema psicosocial (adicción o violencia), pero la familia no pide o no quiere ayuda. En el diagnóstico amarillo la familia tiene un riesgo de autoatención o aislamiento: rechazo a un servicio o referencia o algún integrante se encuentra en situación de abandono. El diagnóstico celeste incluye la identificación de riesgos ambientales, de alimentación o educación. Por último en el diagnóstico verde la familia al momento de la VFI no tiene ningún problema o riesgo.

Una familia se clasificará en un color determinado con sólo tener 1 o más riesgos en dicho color. El problema o riesgo más grave determinará el diagnóstico principal, mientras que de existir otros menos graves en otros colores, exceptuando el rojo, se registrarán como diagnósticos secundarios.

Existen tres criterios que pueden agravar el diagnóstico familiar:

- i. Extrema precariedad: cualquiera de las siguientes condiciones:
 - a) No cuenta con vivienda formal de acuerdo a contexto local: (vivienda muy precaria, con material no adecuado o muy reducida).
 - b) Familia sin vivienda propia o terreno propio.
 - c) Evidente carencia de recursos, vestuario y alimentos.
- ii. Vivienda insegura: cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) Construcción deteriorada.
 - b) Basurero cercano.
 - c) Productos tóxicos.
- iii. Vivienda en zona de riesgo: para cualquiera de los siguientes eventos:
 - a) Sismo, huracán, inundación, deslizamiento, erupción, sequía, incendio forestal, violencia o contaminación ambiental.

De acuerdo con el diagnóstico, definido a partir de problemas y riesgos específicos que se identificaron en una unidad familiar, en la Guía de Acción y Seguimiento de la VFI se describen las acciones inmediatas, o de “primera respuesta”, que deberán emprenderse durante la VFI. Es decir, es una guía orientadora de lo que se debe hacer o no, así como de los temas y mensajes clave para cada problema o riesgo encontrado. Mientras los diagnósticos rojo, anaranjado y amarillo requieren principalmente de acciones de primera respuesta, el diagnóstico celeste requerirá de un intercambio educacional.

Al mismo tiempo, la guía establece el seguimiento que debe darse después de la VFI, detallando acciones posteriores que, de acuerdo al tipo de diagnóstico, el (la) AEC deberá planificar en conjunto con la (el) EAPAS responsable de PFAS, PIAS, PCOS y/o responsable de sector. Conviene destacar que algunos de los problemas o riesgos descritos en los diagnósticos rojo, anaranjado y amarillo, requerirán de VSF para acompañamiento psicosocial a cargo de integrantes del EAPAS. Parte del seguimiento puede ser el involucramiento en actividades comunitarias o con grupos de familias, así como la referencia de casos a instituciones externas.

En el cuadro siguiente se resumen los problemas y riesgos que definen los diagnósticos familiares, las acciones inmediatas y el seguimiento respectivo.

Cuadro 1
EL DIAGNÓSTICO FAMILIAR, SU ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN EL PFAS

DIAGNÓSTICO FAMILIAR ROJO	
Definición	Problema grave en la familia
Problemas que incluye	<ul style="list-style-type: none"> a) Adicción al alcohol o drogas y alguien solicita ayuda; b) Persona Violenta y familia pide ayuda; c) Tipo de Violencia y quien (es) la sufren; d) Embarazo por violación o abuso sexual (si la familia cuenta); e) Embarazo no deseado; f) Persona con intento de suicidio (si la familia cuenta); g) Miembro de la familia con malhecho agudo y sin atención; h) Enfermedad grave que amerita apoyo familiar; i) Enfermedades agudas prioritarias y repetitivas en la familia; j) Muerte en la familia en el último año, materna o menor de 5 años (por diarrea o neumonía), suicidio o violencia.
Acciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar acciones de primera respuesta; b) Negociar cita con responsable del PFAS.
Acciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> a) VSF por el/la responsable del PFAS, acompañado por AEC que hizo la VFI (máx. 8 días); b) Identificar recursos que ayuden a resolver el problema; c) Identificar a las familias en el croquis; d) Invitar a la familia a actividades comunitarias; e) Luego de resuelto el problema o en seguimiento de acuerdo a ruta, trabajar diagnósticos secundarios.

DIAGNÓSTICO FAMILIAR ANARANJADO	
Definición	Problema psico-social en la familia, pero no piden o no quieren ayuda
Problemas que incluye	<ul style="list-style-type: none"> a) Adicciones a alcohol o drogas pero no quieren o no piden ayuda; b) Persona con conducta antisocial (delincuencia, agresiones); c) Violencia en la familia pero no piden o no quieren ayuda.
Acciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar acciones de primera respuesta; b) Negociar cita con responsable del PFAS.
Acciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar visita de seguimiento familiar AEC y EAPAS responsable de PFAS (en dos meses o menos); b) En la VSF se explora el reconocimiento del problema por los integrantes de la familia; c) Si el problema no se reconoce se hace una nueva VSF y se invita al PS; d) Si la familia reconoce el problema se identifican recursos disponibles, se hace referencia y conjuntamente se elabora un plan; e) Identificar a las familias en el croquis; f) Invitar a la familia a actividades comunitarias; g) Luego de resuelto el problema o en seguimiento de acuerdo a ruta, trabajar diagnósticos secundarios.

DIAGNÓSTICO FAMILIAR AMARILLO

Definición	Familia con riesgo de autoatención o aislamiento
Problemas que incluye	<ul style="list-style-type: none"> a) Familia con vergüenza de acudir a los servicios de salud por sentirse discriminada (económica, problema de salud como SIDA, TB, etc.) u otro; b) Rechazan servicios o actividades sociales por pertenecer a secta religiosa; c) Rechazan vacunación de niños (as); d) Rechazan atención del embarazo y/o parto; e) Rechazan las referencias y contrarreferencias a otros servicios; f) Rechazan control de RN; g) Familia con auto-estima baja o sin ánimos de buscar ayuda, familia sin esperanza; h) Adulto mayor en situación de abandono; i) Niño (a) en situación de abandono; j) Familia aislada y sin red de apoyo.
Acciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar oportunidades de apertura; b) Reforzar intercambio educacional; c) Invitar a la familia a actividades comunitarias o grupos de familias; d) Abordar riesgos celestes relevantes o esperar a resolver riesgo amarillo; e) Negociar cita con responsable de sector.
Acciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> a) AEC y EAPAS responsable de sector realizan VSF (máximo tres meses después de VFI); b) En VSF explorar el motivo de rechazo o baja autoestima, o se dialoga sobre el abandono observado; c) Dar seguimiento a oportunidades de apertura.

DIAGNÓSTICO FAMILIAR CELESTE

Riesgos de medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sin servicio de agua horas o días; 2. No siempre tratan el agua; 3. Tiran la basura en cualquier parte; 4. Fuego abierto en el suelo; 5. Sin letrina en la vivienda; 6. Letrina descuidada o con uso no adecuado; 7. Tienen letrina pero alguien mayor de cinco años no la usa; 8. Cocina está dentro del dormitorio; 9. Convivencia inadecuada con animales; 10. Vectores transmisores de enfermedad. <p>En áreas endémicas de malaria o dengue:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. No hay cedazo en las ventanas; 2. No usan mosquitero; 3. Uso de plaguicidas; 4. Mala disposición de plaguicidas.
Riesgos de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> a) Come menos de dos veces por semana: carne, huevos, leche, pollo, o pescado; b) Come menos de cuatro veces por semana frutas, hervas y/o verduras; c) Consume más de dos veces por semana aguas gaseosas, Tortrix (™), ricitos u otra "comida de la tienda".
Riesgos de educación	<ul style="list-style-type: none"> a) No reconocen signos de peligro en embarazo; b) No reconocen signos de peligro en diarreas y/o IRAS; c) No reconocen signos de peligro en desnutrición severa o grave; d) Niños en edad escolar no van a la escuela o faltan seguido por migración, trabajo o falta de recursos.
Acciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> a) Intercambio educacional sobre tres riesgos identificados según priorización; b) Los pasos básicos para realizar esta labor educativa son informar, negociar, persuadir y motivar a la familia.
Acciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> a) Actividades de grupos de familias; b) Actividades comunitarias.

DIAGNÓSTICO VERDE

Definición	Familia sin ningún problema o riesgo actual.
Acciones inmediatas	Felicitar a las familias por su capacidad de enfrentar problemas de salud.

A continuación se presenta, como ejemplo, un diagnóstico rojo, problemas 26 y 27, de la Guía de Acción y Seguimiento:

Problema # 26:

Persona Violenta y familia pide ayuda.

Problema # 27:

Tipo de Violencia y quien (es) la sufren.

Tipo de Violencia: 1. Intrafamiliar, 2. Basada en Género 3. Abuso Sexual/Violación.

Información importante para el abordaje de la violencia:

Cuando alguien en una familia nos comparte una situación de violencia, eso ya es una señal de un problema grave por el cual se está pidiendo apoyo. En estos casos es importante: ¡Saber escuchar! De acuerdo con las siguientes recomendaciones:

Lo que NO debe de hacer:

- No haga comentarios ni juicios sobre lo que sucedió.
- No haga gestos o expresiones de enojo, susto, lástima o vergüenza cuando la persona le esté contando lo que le sucedió.
- No le eche la culpa, ni tome partido, evite decir cosas como; "usted es responsable, para qué hizo enojar a la persona".
- No le re-victimice. No le diga cosas como "pobre de usted".
- No cuente su propia historia o haga referencia a otras historias que ha conocido.

Lo que SÍ debe de hacer:

- Escuche y mire atentamente a la persona.
- Invite a las personas a hablar, respetando lo que quiera contar, sin preguntar detalles.
- Demuestre comprensión de manera no verbal. Puede mirarle directamente haciendo un gesto afirmativo con la cabeza.
- Evite el contacto físico.

Acciones inmediatas durante la VFI:

- Si se trata de un caso de violación o abuso sexual con menos de 72 horas de haber sucedido, debe notificar y referir de inmediato al/a la responsable de PIAS Médico (a) o Enfermera (o) para evaluación médica, tratamiento preventivo de ITS y anticoncepción de emergencia, conforme a Normas de Atención en Salud Integral (MSPAS 2,010).
- Si se trata de un caso de violación o abuso sexual con más de 72 horas de haber sucedido, o bien algún otro tipo de violencia, (VIF o VBG), refiérala al/a la responsable de PIAS para que realice una evaluación integral, conforme a Protocolo de VIF (MSPAS 2,008) y Protocolo de Violencia Sexual (MSPAS 2,009).
- En caso de haber hecho referencia a EAPAS PIAS entregue la Hoja de Referencia para la Familia, recuerde guardar la confidencialidad anotando solamente el número de riesgo en la casilla "Otros motivos", de la siguiente forma: "No. 27 (PFAS)".
- Informe a la familia que *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención del MSPAS junto con otras instituciones pueden apoyar en este tipo de problemas.
- Negocie y programe una visita de seguimiento para acompañamiento psico-social a cargo de la/el responsable de PFAS, a más tardar en 8 días. Enfatice que el apoyo será confidencial.
- Informe que según la Ley para Prevenir, Sancionar y Eliminar la Violencia Intrafamiliar la persona que la sufre tiene derecho a hacer una denuncia, por lo que en la visita de seguimiento familiar le brindarán más información. Si la persona o familia manifiestan NO QUERER DENUNCIAR, respete su decisión sin emitir juicio.

Seguimiento después de la VFI:

- Asegurarse que la persona que sufre la violencia acude a la referencia y es evaluada por Médico (a) o enfermera (o) del PIAS, el cual llenará ficha clínica, registrará la impresión clínica del

tipo de violencia y notificará el caso para vigilancia semanal.

- ii. Se hará una visita de seguimiento familiar –VSF– en un máximo de 8 días después de la VFI a cargo del/a responsable de PFAS y con la participación del/a AEC que realizó la VFI. En la VSF se brindará información sobre denuncia, se ofertará referencia para atención psicosocial (tanto para la persona violenta como para la que sufre violencia) y se reforzará la importancia de recibir esta atención poder lograr la recuperación de la salud. Se dialogarán mensajes clave sobre autoestima, el ciclo de la violencia y su ruta crítica.
 - iii. Si la (s) persona (s) no quieren ir a una institución, pero está (n) abierta (s) a recibir ayuda por parte de otros grupos o líderes de la comunidad (por ejemplo: guía espiritual, grupos de ayuda de la iglesia y otros) hacer una referencia para que reciba apoyo de la comunidad según las Alianzas Institucionales o comunitarias identificadas.
6. Según los resultados del análisis semestral de riesgos del PFAS el/la responsable de PFAS solicitará trabajar en conjunto con los ECOS, actividades de información, comunicación e información al nivel comunitario para prevención de Violencia Intrafamiliar (VIF), crianza sin violencia y violencia basada en género (VBG) así como para la difusión de la Ley para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia intrafamiliar.
 7. Guía de competencias para la Visita Familiar Integral para Intercambio Educativo (VFIE). En estas guías se identifican las competencias a desarrollar en las mismas 3 fases que la VFI y se enfatiza en aquellas que permitan asegurar un intercambio educativo de calidad y con pertinencia cultural.

G. Instrumentos de registro

Las actividades realizadas dentro del programa familiar son registradas en distintos formularios, cada uno con instructivo que facilitan su correcto y completo llenado. Luego, los instrumentos de registro son ingresados al sistema automatizado que genera los reportes necesarios para analizar la situación de salud y monitorear con suficiente detalle las acciones realizadas. Es decir que la información, recolectada en una comunidad o sector, regresa procesada y consolidada para el uso de los mismos equipos comunitarios de salud (ECOS) que inicialmente la generaron. Para el registro de las actividades realizadas desde el PFAS, se cuenta con los siguientes instrumentos:

1. Ficha familiar: en este instrumento se obtiene la información de una VFI y constituye un reporte del sistema de información y, a la vez, un instrumento de registro. Esto significa que la ficha familiar se genera desde el sistema automatizado con información previamente obtenida en el censo, o su actualización, línea de base, ficha(s) clínica(s) y ficha(s) familiar(es) de VFI anteriores. Con esto no sólo se utiliza toda la información ya registrada, sino se hace más eficiente su correcto llenado. Por ejemplo, de las 16 variables del bloque de datos generales, el (la) AEC sólo anotará información en tres de ellas, las otras 13 el sistema automatizado las aporta.

La ficha familiar consta de tres páginas y nueve bloques de información que se detallan en el cuadro siguiente:

Cuadro 2
BLOQUES DE INFORMACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR

Página	Bloque	Información
Primera	1. Datos Generales	Esta información permite la ubicación de la vivienda y registrar datos de la realización de la VFI.
	2. Antecedentes familiares de los últimos 12 meses	Caracteriza a la familia, sus medios de producción y consumo (reproducción material).
	3. Antecedentes individuales de los últimos 12 meses	Incluye datos demográficos, e información para realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación en los integrantes de la familia.
	4. Datos del medio ambiente	Información sobre saneamiento básico del medio (agua, letrina, basuras), tipo de cocina y vacunación canina/felina.
Segunda	5. Ciclos de vida y vigilancia activa	Permite registrar datos del ciclo vital de la familia y acciones de vigilancia activa de EMP, incluyendo su referencia.
	6. Vigilancia activa de eventos priorizados	Vigilancia activa de enfermedades de notificación obligatoria (ENO) en concordancia con el perfil de cada territorio.
Tercera	7. Factores protectores, problemas y riesgos	Incluye factores protectores, problemas y riesgos de ambiente, educación y alimentación que definen el(los) diagnóstico(s) familiar(es).
	8. Diagnóstico familiar y condiciones que agravan el diagnóstico	Incluye el diagnóstico familiar del año previo, de la VFI actual (principal y secundarios) y las condiciones que lo agravan: extrema precariedad, vivienda insegura y/o ubicada en zona de riesgo.
	9. Acciones y seguimiento	En este bloque se registrarán las acciones a efectuar y los seguimientos posteriores que se realizarán a la familia.

La ficha familiar debe ser llenada por el/la AEC que realiza la VFI. La calidad del registro de información en este instrumento dependerá, entre otras cosas de lo siguiente: seguimiento de la Guía de competencias para las tres fases de la VFI que incluye el desarrollo de habilidades de revisión, análisis, verificación y observación en el personal; no dejar casillas en blanco, el orden y claridad de las anotaciones y el conocimiento de las normas de vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y enfermedades atendidas por el modelo maya y popular.

Luego de la revisión en el llenado de la ficha familiar, ésta se envía para digitación en el sistema automatizado, posterior a lo cual regresa al expediente familiar que se tiene de cada unidad doméstica en el PS. El cumplimiento de los plazos de envío y la cuidadosa digitación de este instrumento de registro, permite contar con información oportuna y actualizada para el seguimiento de la familia y el cálculo de indicadores que monitorean el PFAS.

FICHA FAMILIAR, HOJA 1.



1. DATOS GENERALES									
Vivienda habitada	Nombre del jefe/a de familia:			Sacarías Alexander Vasquez Romero			Departamento:	Municipio:	
Vivienda habitada	Religión	Fecha de la visita:			Rechaza VFI			Territorio:	Sector:
AEC que realizó la visita:	<p align="center">ASEGURAR QUE NO HAY UNA EMERGENCIA</p> <p>1. Verificar que no hay ninguna emergencia ni signo de peligro de los miembros de la familia. Si hay una emergencia o signo de peligro, se suspende la VFI.</p>								

2. ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES												
Tipo de familia:	FAMILIA NUCLEAR	No. De integrantes	2							Piso	Techo	Paredes
Actividad laboral principal	AGRICULTURA											

3. ANTECEDENTES INDIVIDUALES																									
No. Orden	Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Analfabeta	Enf. Crónica (Diabetes, Hipertensión) / fecha de última consulta o seguimiento		CIE-X/fecha	Verificar (x)	Rendita a Puesto de Salud (x)	Discapacidad	Enfermedades psicosociales /Problemas de salud Mental últimos 12 meses		Rendita a Puesto de Salud (x)	Verificar (x)	CIE-X/fecha	Rendita a Puesto de Salud (x)	Pendiente de vacuna	Rendita a Puesto de Salud (x)	Pendiente de control	Referencia a Puesto de Salud (x)	Fecha	Avisar de Pap pendiente (x)	Persona que abandona método	Madre MEF que no planifica	Planificación Familiar
					(CIE-X) /Fecha de último control	Verificar (x)					Rendita a Puesto de Salud (x)	Referencia a Puesto de Salud (x)													

No. Orden	Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Lugar Migración	Motivo	Recomienda visita PS al regreso (x)	Edad	Fecha	Causa Muerte
-----------	-------------------	------	------	-----------------	--------	-------------------------------------	------	-------	--------------

Muertes en los últimos 12 meses:

4. DATOS DEL MEDIO:																								
Perros o Gatos con vacuna pendiente	Número de perros vacunados	Número de gatos vacunados	Número de gatos	Número de perros	Frecuencia Agua (Riesgo 1)		Tratamiento al agua de consumo (Riesgo 2)		Cocina (Riesgo 3)		Tipo de letrina (Riesgo 5)													
					Miembro del año con menor abastecimiento	¿Días SIN agua el mes pasado?	Horas al día CON agua el mes pasado	Utilización de algún tx	Numero de formos de tratamiento	Fuego abierto en el suelo	Fuego abierto en el alto	Otra	Letrina	Letrina Pozo	Letrina	Letrina conectada a fosa séptica	Letrina conectada a drenaje							
					SI	NO	NA																	

Disposición de Basuras (Riesgo 3)			
Hay disposición de basuras	SI	NO	
Numero de formas de disposición			
Servicio municipal			
Servicio privado			
Quema			
Enterran			
Aboneras o reciclaje			
Otro			

FICHA FAMILIAR, HOJA 2.

Código de familia: QUE-01-B-CAB-1-1-0											
5. CICLOS DE VIDA Y VIGILANCIA ACTIVA											
< 5 años											
No.	Nombre y apellido	Sexo	Edad			Parentesco	(1)susto(2)mal hecho (3) ojeado sin atención	Referir a:			
			Años	Mes	Días						
5 a < 10 años											
No.	Nombre y apellido	Sexo	Edad	Parentesco	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:					
La adolescente y la mujer (10 a 59 años)					*pasar hoja de vigilancia materna						
No.	Nombre y apellido	Edad	Parentesco	Estado civil	Prueba verbal de embarazo: (de 10 hasta 54 años)		Síntomas Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:		
					SI*(x)	No (x)					
El adolescente y el hombre (10 a 59 años)											
No.	Nombre y apellido	Edad	Parentesco	Consulta (x/-)	Síntomas Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:				
Personas adultas mayores (60 años y más)											
No.	Nombre y apellido	Sexo	Edad	Parentesco	Estado Civil	Consulta (x/-)	Síntomas Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:		
6. VIGILANCIA ACTIVA DE EVENTOS PRIORIZADOS											
CIE-10	EVENTO	DEFINICION DE CASO Y/O PREGUNTA						No. ORDEN	Referir a:		
A80	PFA/Polio	Preguntar solamente si hay menor de 15 años:¿Hay algún menor de 15 con debilidad o pérdida de movimiento (parálisis) en un brazo o pierna?									
B05	RUBEOLA	¿Hay alguna persona de cualquier edad con manchas (rash),fiebre y tos?									
B06	SARAMPION	¿Hay alguna persona de cualquier edad con manchas (rash),fiebre y tos?									
A33	T.NEONATAL	Preguntar solamente si hay menor de 28 días¿Hay algún/a menor de 28 días que no mama?									
A37.0	TOS FERINA	¿Hay alguna persona de cualquier edad con ataques de tos que llevan al vómito?									
A90	DENGUE	Persona con fiebre alta de más de 2 días, dolor detrás de los ojos y dolor de huesos									
B57	CHAGAS	Persona con chagomas, signo de Romaña, hinchazón generalizada y ganglios inflamados									
B55.1 y B55.2	LEISHMANIAS	Toda persona con úlcera única o múltiple en piel o mucosas que provenga de área endémica									
B50 y B54	MALARIA	Toda persona con fiebre, sudoración, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general que haya permanecido en área endémica									
B73	ONCOCERCOSIS	Toda persona que presenta tumoraciones, fotobia, lagrimeo, disminución de la agudeza visual, que haya estado 6 meses en área endémica									

Códigos de referencia:	
1	EAPAS PIAS
2	EAPAS PFAS
3	EAPAS PCOS
4	Puesto de Salud
5	Centro de Salud
6	Hospital Departamental
7	Hospital Regional
8	Hospital Nacional
9	Terapeuta-Comadrona
10	Guía espiritual Maya
11	Terapeuta-Curandero-a general
12	Otra especialidad o sub-especialidad de terapeuta
13	Promotor Rural de Salud
14	Líder Religioso
15	Profetista
16	IGSS: Instituto de Seguridad Social de Guatemala
17	Otro: Escribir a que persona o Institucion.

Nota: ante cualquier caso sospechoso llamar a EAPAS PIAS y llenar ficha clínica: Según la gravedad del caso o alerta de brote, suspender VFI.

FICHA FAMILIAR, HOJA 3.

Código de familia:												
7. FACTORES PROTECTORES, RIESGOS Y PROBLEMAS					9. ACCIONES Y SEGUIMIENTO (Marcar con X Acción tomada)							
#	Factores Protectores			Año	SI	NO	Felicitar a la familia	Intercambio educacional				
	¿En su familia han tenido un problema de salud por el cual han necesitado ayuda?											
1	Red de apoyo: En el caso de que sí ha tenido un problema, contó con ayuda de: (iglesia, familiares, vecinos (si una o más poner si))											
2	Conocimiento sobre el uso e importancia de la Medicina Maya Popular: Usa plantas, sobadas, temascal (al menos 1)											
3	Conocimiento e importancia de la Medicina Maya Popular: Consulta a TMP o comadrona, (al menos 1)											
4	Terapeuta o trabajador/a de salud en la familia			1 /								
5	Miembro de familia participa activamente en organizaciones comunitarias											
(A) CELESTE: Riesgo de Medio Ambiente, Alimentación o Educación												
#	Riesgo	Año anterior	Actual (x/-)			Inter. Educativa			Actividad comunitaria	Actividad con grupos de familias		
1	Sin servicio de agua horas o días *											
2	No siempre tratan el agua *											
3	Tiran la basura en cualquier parte *											
4												
5	Sin letrina en la vivienda *											
6	Letrina descuidada o con uso no adecuado											
7	Tiene letrina pero alguien mayor de 5 años no la usa											
8	Cocina está dentro del dormitorio											
9	Convivencia inadecuada con animales											
10	Vectores transmisores de enfermedad (zancudos, moscas, etc.)											
11	No hay sedazo en las ventanas (área endémica de malaria)											
12	No usan mosquitero (área endémica de malaria)											
13	Uso de plaguicidas											
14	Malá disposición de plaguicidas											
15	Come menos de dos veces por semana carne, huevos, leche, pollo o pescado											
16	Come menos de cuatro veces por semana frutas, hierbas y/o verduras											
17	Come más de dos veces por semana aguas gaseosas, tortita, nicos u otra "comida de la tienda"											
18	No reconocen signos de peligro en embarazo											
19	No reconocen signos de peligro en parto											
20	No reconocen signos de peligro en puerperio											
21	No reconocen signos de peligro en diarrea											
22	No reconocen signos de peligro en IRAS											
23	No reconocen signos de peligro en desnutrición severa o grave											
24	Niños/as en edad escolar no van a la escuela o faltan seguido por migración, trabajo o falta de recursos											
(B) ROJO: Problema grave en familia												
#	Problema	Año anterior	No.	Orden			Negociar cita con responsable PFAS					
25	Adicción a alcohol o drogas y alguien solicita ayuda											
26	Persona violenta y familia pide ayuda											
27	Tipo de Violencia y quien(es) la sufren Tipo Violencia (1. Intrafamiliar, 2. basada en género, 3. abuso sexual/violación)											
28	Embarazo por violación (si la familia cuenta)											
29	Embarazo no deseado											
30	Persona con intento de suicidio (si la familia cuenta)											
31	Miembro de la familia con mal hecho agudo/susto y sin atención											
32	Enfermedad grave que amerita apoyo familiar											
33	Enfermedades agudas prioritarias y repetitivas en la familia											
34	Muerte en la familia en último año, materno o <5 años (prevenible) o suicidio o violencia											
(C) ANARANJADO: Problema psico-social en la familia pero no piden o no quieren ayuda												
#	Problema	Año anterior	No.	Orden			Aviso de visita máx 2 meses					
35	Adicciones a alcohol o drogas pero no quieren o no piden ayuda											
36	Persona con conducta antisocial (delincuencia, agresiones)											
37	Violencia en la familia pero no piden o no quieren ayuda											
(D) AMARILLO: Familia con riesgo de auto-atención o aislamiento												
#	Riesgo	Año anterior	Actual (x/-)			Intercambio educacional	Aviso de visita máx 3 meses					
38	Familia con vergüenza de acudir a los servicios de salud por sentirse discriminada (económica, problema de salud como SIDA, TB, etc.) u otro.											
39	Rechazan servicios o actividades sociales por pertenecer a secta religiosa											
40	Rechazan vacunación de niños (as)											
41	Rechazan atención del embarazo y/o parto											
42	Rechazan las referencias y contrerreferencias a otros servicios											
43	Rechazan control de RN											
44	Familia con auto-estima baja o sin ánimos de buscar ayuda, familia sin esperanza											
45	Adulto mayor en situación de abandono											
46	Niño (a) en situación de abandono											
47	Familia aislada y sin red de apoyo											
8. DIAGNOSTICO FAMILIAR				Diagnóstico Año Anterior	Diagnóstico Principal	Diagnóstico secundarios	Criterios de extrema precariedad: *No cuenta con vivienda formal de acuerdo a contexto local, *Familia sin terreno, *Evidente carencia de recursos, vestuario y alimentos		Vivienda Insegura: 1.Construcción Deteriorada 2.Basurero Cercano 3.Productos Tóxicos Zona Riesgo: 1.Sono 2.Huracanes 3.Inundaciones 4.Desdramiento 5.Erupciones 6.Seguros 7.Acendidos Forestales & Violencia 9.Contaminación	Extrema precariedad	Vivienda Insegura	
Rojo	Familia con problema familiar de intervención inmediata es de (25-34)											
Anaranjado	Problema psico-social en la familia pero no piden o no quieren ayuda (35-37)											
Amarillo	Familia con riesgo de auto-atención o aislamiento (38-47)										Zona riesgo	
Celeste	Familia con riesgo de medio ambiente, alimentación o educación (1-24)											
Verde	Familia sin ningún problema o riesgo familiar actual											
Cantidad de sobres de suero oral entregados												

2. Ficha de Seguimiento Familiar: este instrumento permite el registro de información de la VSF, lo que permitirá registrar la producción de esta táctica operativa y actualizar el diagnóstico familiar. Se genera del sistema automatizado para familias con diagnósticos rojo, anaranjado o amarillo.

Esta ficha además de tener información relevante de la (s) VFI o VSF previa (s), es decir, el diagnóstico familiar principal, riesgos identificados y problemas psicosociales captados en PIAS, permite registrar acciones, realizar vigilancia de eventos y actualizar el diagnóstico familiar.

El registro de información estará a cargo del (de la) EAPAS responsable de PFAS y AEC que realizan la VSF; se facilitará revisando la información de las fichas familiares previas, manteniendo una buena comunicación al interior del equipo de trabajo y corroborando objetivamente la situación actual de los riesgos y problemas previamente detectados.

Luego de la revisión en el llenado de esta ficha, ésta se envía para digitación en el sistema automatizado y finalmente se incorpora dentro del expediente familiar.

3. Instrumento del Plan de Emergencia Familiar (PEF): se utiliza un instrumento de PEF para cada mujer embarazada y se inicia el registro desde el primer control prenatal que se realiza. En este documento se identifica cuál es el servicio de salud de referencia, las personas clave que deben de estar convencidas para hacer el traslado, los fondos necesarios, la persona que queda a cargo de la familia mientras la mujer está ausente, quién acompañará a la paciente y el vehículo que se utilizará para el traslado. La información se verifica y actualiza en los controles prenatales mensuales y durante la visita a la embarazada en noveno mes.
4. Instrumento para la referencia interna al PS: documento de formato simplificado que permite referir pacientes identificados en una VFI, VFIE, VSF o VFP que requieran atención clínica o seguimiento en el PS. Se utiliza un instrumento por unidad familiar, se entrega una copia a un miembro de la familia y otra se lleva al PS, incorporándose al expediente familiar, como apoyo para el segui-

miento necesario. Las acciones de seguimiento pueden incluir principalmente la atención clínica y vigilancia epidemiológica, como por ejemplo: una o más dosis pendientes de vacuna, una o más dosis de micronutrientes, el seguimiento de una embarazada sin control, el seguimiento a un caso sospechoso de sarampión.

H. La Visita Familiar Integral: táctica operativa central del PFAS

Como se ha dicho anteriormente, la VFI es la táctica operativa central del PFAS. Esta táctica contribuye a operativizar las perspectivas de *la Estrategia* en varias direcciones. Por un lado se llevan servicios de atención con acciones de primera respuesta a problemas psicosociales que difícilmente se logran captar en espacios clínicos del primer nivel de atención. Tradicionalmente los servicios de salud se han limitado a atender las consecuencias de problemas psicosociales: casos de violencia y personas involucradas en accidentes de tránsito saturan las salas de urgencia de los hospitales del tercer nivel en el país; o más tardíamente aún, se diagnostican y atienden pacientes con cirrosis alcohólica en salas de encamamiento. Ha existido, por lo tanto, un vacío en la identificación y abordaje, desde el primer nivel de atención, a problemas psicosociales en estadios iniciales o prepatogénicos.

Vemos también, como el objetivo de la VFI se centra en la identificación de factores protectores y la atención oportuna de factores de riesgo y problemas que afectan el entorno familiar. Para esto, se pretende desarrollar en los equipos de trabajo competencias que permitan entender mejor la categoría de reproducción social en el ámbito doméstico, habilidades que serán diferentes a las propias del espacio de atención clínica individual. Lo anterior marca una considerable distancia con las acciones que muchas veces el personal de salud emprende en el ámbito familiar: vacunación, control de peso, seguimiento de pacientes y acciones de investigación y control de un brote epidémico. La VFI, por lo tanto, no quiere circunscribirse al traslado de las acciones de atención de un PS al espacio doméstico, más bien, quiere complementar el ámbito individual de lo visto y atendido en consulta clínica diaria, con todo lo que comprende el ámbito familiar.

Todos los días el personal de salud atiende casos de diarrea en niños menores de cinco años, circunscribiendo su respuesta a la entrega de medicamentos y un plan educacional. Muchas veces el personal asume que las condiciones de vida y el nivel de educación de la familia condicionan el apareamiento de estas dolencias gastrointestinales. Sin embargo, acercar al personal de salud a un contexto familiar para buscar e identificar, sin presunciones, riesgos ambientales, de educación y alimentación de un paciente atendido en consulta clínica, significa dar un paso antes que el daño a la salud se instale. Además la información corroborada en cada VFI le aporta al personal datos para mejorar su desempeño clínico. Por lo tanto, en una VFI la unidad doméstica recibe atención institucional y el personal institucional se acerca al contexto doméstico.

Por otro lado, la información recolectada en una VFI, luego de ser digitada y procesada, aportará elementos que permitirán analizar e interpretar mejor los condicionantes y determinantes de la salud en un sector y territorio específicos. Es posible que luego de conocer y analizar la información, los equipos de atención en salud se inclinen más por alentar acciones de promoción de la salud a través del PCOS y desarrollar actividades con grupos de familia a través del PFAS, a continuar con la exclusiva atención de daños a la salud.

I. Indicadores para el monitoreo del programa

Las actividades, cumplimiento de objetivos y alcance de los resultados del programa familiar se monitorean a través del cálculo y análisis de indicadores específicos. El cálculo se realiza de forma automatizada a partir del ingreso oportuno de los instrumentos de información correspondientes y la información puede desagregarse por territorio, sector y comunidad. El análisis se hace en los niveles local, territorial y de distrito de salud de forma mensual y anual en base a las metas establecidas en la programación operativa anual.

Los indicadores responden a las perspectivas que caracterizan la estructura programática de *la Estrategia* y permiten medir mensual, trimestral o anualmente los procesos locales. En el Cuadro 3 se presentan algunos de los indicadores definidos para el PFAS.

Cuadro 3
INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL PFAS

INDICADOR

1. Porcentaje de familias visitadas según categoría de priorización (extrema precariedad, no visitadas, difícil acceso, etc.).
2. Número y porcentaje de familias con diagnóstico familiar principal, desagregado por tipo de diagnóstico y por comunidad sector y territorio.
3. Número y porcentaje de familias que han recibido seguimiento conforme a los criterios de dispensarización.
4. Número y porcentaje de familias con diagnóstico amarillo que cuentan con visita de seguimiento.
5. Número de familias que participaron en actividades de intercambio.
6. Porcentaje y número de familias que tienen riesgos celestes reducidos comparados con el año anterior.
7. Número y porcentaje de familias en extrema precariedad.
8. Número y Porcentaje de familias que habitan vivienda altamente insegura o área de riesgo.
9. Número y porcentaje de familias con viviendas inseguras con apoyo de PCOS y comunitario.
10. Número y porcentaje de familias con diagnóstico rojo o anaranjado que cuentan con visita de seguimiento familiar.
11. Número y Porcentaje de familias con diagnóstico rojo en las que se concluyó ruta de intervención.
12. Número y porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios en VFI.
13. Porcentaje de primeras muestras de baciloscopia tomadas durante la VFI en relación al número de casos captados.
14. Número de casos sospechosos identificados en VFI para cada uno de los eventos priorizados.

El PFAS, junto al resto de programas de *la Estrategia*, cuenta con actividades de monitoreo y supervisión que se describen en el documento dedicado al Ciclo de Gestión para un Puesto de Salud bajo *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AIP	Atención Interprogramática
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
IEC	Información, Educación y Comunicación
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
ENO	Enfermedad de Notificación Obligatoria
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PS	Puesto de Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TM	Terapeuta Maya
TP	Terapeuta Popular
VBG	Violencia Basada en Género
VFI	Visita familiar integral
VFP	Visita familiar puntual
VSF	Visita de seguimiento familiar

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/Medicus Mundi Navarra/Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
2. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente -bases y lineamientos-. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133p.
3. Medicus Mundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea.
4. Medicus Mundi (2003) Diseño programático y sus prioridades. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea.
5. Programa Familiar de Atención en Salud PFAS, Modelo Incluyente en Salud. (2010) Guía de Acción y Seguimiento. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea.
6. Programa Familiar de Atención en Salud PFAS, Modelo Incluyente en Salud. (2010) Guía de competencias para las tres fases de la visita familiar integral. Guatemala: Medicus Mundi/ CORDAID/ Unión Europea.

Capítulo 8

Programa Comunitario de Salud —PCOS—

El presente capítulo describe las bases conceptuales que fundamentan la estructura programática de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención —*la Estrategia*— y aborda características, espíritu y elementos que operativizan el Programa Comunitario de Salud (PCOS).

I. Diseño Programático

La estructura programática de *la Estrategia* de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud se sustenta sobre una base conceptual que incluye sus perspectivas, la comprensión y abordaje del proceso salud-enfermedad y los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad.

A. Perspectivas de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

Las perspectivas que han orientado el diseño e implementación de *la Estrategia* son: derecho a la salud, pertinencia intercultural, género y medio ambiente.

Al entender la salud como derecho ciudadano, ésta es conceptualizada desde su dimensión social y política, asumiéndola como un derecho humano, de aquí la obligatoriedad del Estado de garantizarle salud a la población. Además de brindar servicios continuos y de calidad, las acciones sanitarias deben promover la participación ciudadana y fortalecer el control por parte de la sociedad.

La pertinencia intercultural se expresa desde el reconocimiento de una sociedad multicultural, pues en ella hay diversidad de matrices culturales, que implican cosmovisiones distintas, así como concepciones de salud, enfermedad y prácticas particulares de modelos de salud, distintos al biomédico hegemónico. Lo anterior implica la promoción

sistemática y gradual, desde el Estado y la sociedad civil, de espacios y procesos de interacción positiva, en donde se construyen relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate.

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

La perspectiva de medio ambiente originalmente dentro de *la Estrategia* fue un sub programa. Con su desarrollo e implementación, se comprendió la necesidad de considerar al medio ambiente de una manera más amplia, relacionándolo con todas las dimensiones, componentes, programas y acciones. Esta perspectiva se conceptualiza a partir de los principios básicos de holismo (interdependencia entre todos los organismos, seres y elementos en el planeta y fuera de él) y biocentrismo (a la naturaleza no se le cuida por ser fuente de recursos, sino que se le respeta por derecho propio). Operativamente, además de asumir una postura crítica ante las ideas que se impulsan sobre el desarrollo, la producción y el consumo, se proponen cambios que favorezcan el consumo responsable y se impulsan acciones de atención a personas, familias y comunidades, relacionadas con el medio ambiente.

B. Comprensión y abordaje del proceso salud enfermedad

Entender el proceso salud enfermedad de manera multidimensional implica considerar en el origen de la enfermedad junto a causas biológicas, otras características como etnia, tipo de trabajo, ingreso económico, escolaridad, acceso a servicios básicos, religión, cosmovisión, etc.; todas, agrupadas en los llamados condicionantes y determinantes de la salud enfermedad. En 1998 la Organización Mundial de la salud (OMS) con respecto a los determinantes planteaba: *“Sin la paz y la justicia social, sin un aprovisionamiento suficiente de alimentos y de agua, sin educación y vivienda conveniente, en fin, si no se le da a cada uno y a todos un papel útil en la sociedad y un ingreso adecuado, no puede haber salud para la población.”* (Tomado de Gómez Zamudio 1998).

De la misma forma, estas realidades explicativas —factores biológicos, condicionantes y determinantes— deben considerarse al momento de planificar y emprender acciones en el campo de la salud. Así, a la acción de actuar frente a causas que condicionan y determinan el proceso salud enfermedad se le conoce como **promoción de la salud**; ésta toma en consideración aspectos individuales, ambientales, sociales, económicos, culturales, políticos, etc. que permiten el desarrollo de condiciones favorables de salud. La promoción de la salud se define entonces como *“Resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto, el cual brinda a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, entre otros para que individual y colectivamente desarrollen su potencial en aras del bienestar.”*

Se puede decir entonces que la promoción de la salud debe estimular a los individuos y comu-

nidades para que puedan intervenir y controlar condicionantes y determinantes, fortaleciendo la responsabilidad social (empoderamiento³⁴), mediante la organización y gestión comunitaria, que les permita alcanzar el desarrollo en procesos sucesivos, cada vez más óptimos, de bienestar, calidad de vida y condiciones saludables. Esto último se refleja en la Carta de Ottawa (1986) *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”*

Mediante la promoción de la salud se trata de crear el poder o condiciones para que individuos y grupos postergados adquieran capacidad de decisión y control sobre sus asuntos mediante la búsqueda de soluciones. De la misma forma se busca empoderar a los tomadores de decisión (líderes políticos, sociales, religiosos, comunitarios, y otros) para que tomen acciones decisivas que logren un mayor desarrollo en las poblaciones socialmente excluidas.

Cuando los condicionantes y determinantes no son abordados o modificados por las acciones de individuos, familias y comunidades, estos se manifiestan como factores de riesgo; o sea que van a permitir o facilitar la ocurrencia de daños en salud, expresados en casos de enfermedad, discapacidad o muerte. Los factores de riesgo pueden ser de diversa índole y naturaleza, algunos ejemplos que podemos mencionar son: no tener servicio de agua potable, consumo de agua no tratada (hervida, clorada, purificada y otros), presencia de criaderos de mosquitos transmisores de dengue o paludismo, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de la familia, rechazo a las acciones de los servicios de salud o a la referencia a otro nivel de mayor complejidad.

De lo anterior, entendemos como **prevención de la enfermedad** a las acciones que permiten proteger a los individuos y grupos de los facto-

³⁴- En 1992, Wallerstein define así empoderamiento: *“proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social”*.

³⁵- Elaboración propia con base a Dever, 1991: 9; y Gómez, 1998: 12.

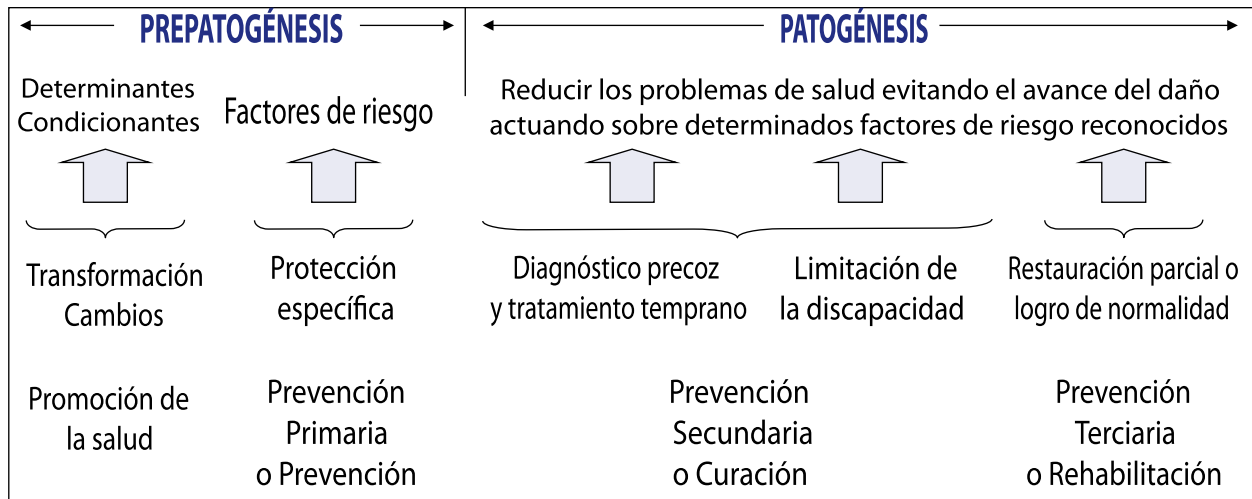


Figura 1. Enfoque epidemiológico y tipo de atención en salud

res de riesgo que favorecen un proceso mórbido. Difiere de la promoción de la salud, en que ésta última trabaja con las poblaciones buscando cambios más profundos en condicionantes y determinantes. Algunos ejemplos de las acciones de prevención son los siguientes: educación sobre el uso del mosquitero para prevenir la picadura de mosquito transmisor de paludismo, la fluorización de la sal de consumo humano para evitar la caries dental.

Cuando las acciones de promoción y prevención están ausentes o son insuficientes, aparecen los daños a la salud. Estos daños se manifestarán en un individuo como signos y síntomas, que, al identificarlos, el personal de salud busca alcanzar un diagnóstico que permita el tratamiento adecuado. A las acciones que se realizan frente a un daño ya establecido le llamamos **curación o reparación**, y resultan ser medidas en individuos orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad en cualquier estadio de su evolución.

Para la atención adecuada de una enfermedad resulta esencial tanto el diagnóstico y captación oportuna, como la autoatención, que requerirá la consejería y toda la información, educación y comunicación necesarias para que la familia actúe al presentarse complicaciones. Algunos ejemplos de curación pueden ser la atención oportuna de diarreas e infecciones respiratorias en niños, el tra-

tamiento acortado estrictamente supervisado en pacientes con tuberculosis y la sutura de una herida cortante en cuero cabelludo. La curación exige que el personal de salud capte tempranamente los casos y controle a la población ya afectada, para evitar o retardar la aparición de complicaciones, secuelas o daños definitivos.

Cuando a pesar de las acciones curativas, o por ausencia de ellas, la enfermedad avanza y se agrava, se producirán estados crónicos, secuelas o incapacidad. Abordar estas secuelas o discapacidades como resultado de la enfermedad es lo que conocemos como **rehabilitación**, acción que debe abarcar la recuperación integral del paciente, en su componente físico, psicológico y social y que busca su reinserción en la comunidad.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) define la rehabilitación como *“el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en el aspecto funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad.”*

En nuestra realidad cotidiana y comunitaria estamos habituados a una rehabilitación más de tipo individual por causas biológicas, restaurando

hasta donde es posible a personas con secuelas físicas de distintas causas. Sin embargo, existe otra rehabilitación más colectiva, como la que requieren los problemas psicosociales que pueden presentarse en los casos de una mujer abusada o violentada, o en personas que consumen sustancias adictivas como el alcohol o las drogas. En estas situaciones se requieren acciones que rebasan la tradicional capacidad de los servicios de salud, como lo son: grupos de autoayuda, terapias grupales, consejerías de diversas disciplinas, iglesias y otros.

C. Niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad

La Estrategia realiza el abordaje del proceso salud enfermedad en tres niveles de análisis-acción: el individuo, la familia y la comunidad. Es en estos espacios naturales de población donde se desarrollan, reproducen y manifiestan los condicionantes, determinantes y factores de riesgo, que se explican a partir de la realidad social e intervienen en el proceso salud enfermedad; es también hacia ellos donde deben dirigirse las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Una característica de estos niveles de análisis-acción es su estrecha relación entre sí, pues las personas forman parte de una familia, y éstas están

incorporadas dentro de comunidades. De aquí, que las acciones de salud realizadas en las personas tendrán repercusiones en las familias y comunidades, aquellas que se ejecuten con las familias beneficiarán a las personas y comunidades y, las que se implementen en las comunidades impactarán a familias y personas.

Estos tres espacios son también el punto de partida para desarrollar la estructura programática de *la Estrategia*. Los tres programas que se ejecutan son:

1. Programa Individual de Atención en salud (PIAS)
2. Programa Familiar de Atención en salud (PFAS)
3. Programa Comunitario de Salud (PCOS)

Para facilitar el ordenamiento de las actividades, cada uno de los programas se trabaja a partir de sub programas que toman en cuenta los ciclos de vida: infantil, preescolar y escolar, adolescente, mujer, hombre y persona adulta mayor. Es así como la estructura programática, para adecuar las acciones que se desarrollen, incorpora, además del entorno, los aspectos culturales, sociales y biológicos de los ciclos de vida.

Esta estructura programática permite una atención integral, ya que a través de ellos se implementan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de forma complementaria. En la siguiente figura se integran las acciones dentro de cada uno de los programas de *la Estrategia*.



Figura 2. Integralidad de la atención en la estructura programática de la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud

El Programa Individual de Atención en Salud –PIAS- implementa acciones de prevención, curación y rehabilitación, priorizando las causas de enfermar y morir de acuerdo a factores de riesgo, frecuencia, distribución y severidad de los casos, para actuar con eficacia, precisión y oportunidad. Este programa realiza acciones de atención integral a la demanda en los puestos de salud (PS) con el equipo local, mediante consultas clínicas, atención de urgencias y otros servicios. Al mismo tiempo permite detectar y dar seguimiento a casos especiales a través de visitas familiares, referencia de pacientes y trabajo comunitario con grupos organizados por medio de atenciones interprogramáticas (AIP).³⁶

EL Programa Familiar de Atención en Salud –PFAS- realiza acciones integrales, enfatizando en la prevención y promoción de la salud, y enfocándose en la atención de las familias, con el propósito de protegerlas mediante la identificación y abordaje de diversos factores protectores, riesgos y problemas a nivel familiar. Este programa realiza visitas a las familias, identificando cinco posibles diagnósticos familiares (rojo, anaranjado, amarillo, celeste y verde); y las condiciones que agravan el diagnóstico familiar (extrema precariedad y vivienda insegura o en zona de riesgo). Además se realizan visitas de seguimiento familiar para el abordaje de diversos riesgos y problemas, especialmente los psicosociales y se desarrollan actividades educativas con grupos (familias, jóvenes y otros) para abordar problemas relevantes tales como violencia o adicciones. Las acciones de este programa evitan que los factores de riesgo abordados se transformen en daños, buscando a la vez potenciar factores protectores de la salud.

El Programa Comunitario de Salud –PCOS- con acciones de promoción de la salud y prevención

de la enfermedad, dirige su atención a la transformación de determinantes y condicionantes a nivel comunitario. Para lograrlo, inicialmente se identifican procesos sociales propios que comprendan lógicas, intereses y organizaciones que puedan influir en los perfiles de morbilidad y mortalidad sociocultural local, mediante la participación de las organizaciones comunitarias existentes: consejos comunitarios de desarrollo (COCODE), Terapeutas mayas y Terapeutas populares (TM y TP), abuelas comadronas, comisiones de plan de emergencia comunitaria (COPEC), entre otros. De esta manera, se pretende que la población aborde colectivamente los determinantes y condicionantes identificados, mediante la gestión de proyectos, el saneamiento ambiental, la información y comunicación, que dé por resultado el empoderamiento individual y comunitario.

La estructura programática de *la Estrategia* incluye al PIAS, PFAS y PCOS como programas operativos, que a su vez integran los programas verticales ((Programas Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Programa Nacional de Salud Mental, entre otros) y las normas de atención por ciclo de vida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

La figura siguiente representa como la estructura programática de *la Estrategia* integra las normas de atención y vigilancia del MSPAS. Los programas horizontales, sub programas por ciclo de vida y las principales acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de *la Estrategia*, se desarrollan en concordancia con las normas de atención y vigilancia del MSPAS.

³⁶- Las atenciones interprogramáticas consisten en intervenciones integrales en comunidades de muy difícil acceso que, dependiendo de las necesidades locales, incluyen acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud.

Figura 3
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN EN SALUD P I A S	PROGRAMA FAMILIAR DE ATENCIÓN EN SALUD P F A S	PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD P C O S
Subprograma Infantil	Curación/prevencción	Prevención/promoción	Promoción/prevencción
Subprograma Preescolar y escolar	Atención integral continua a demanda en PS (todos los ciclos de vida)	Visita familiar integral (Diagnóstico familiar , vigilancia activa de eventos priorizados: inmunoprevenibles, dengue y otros)	Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios. (COCODES): organización, gestión e intersectorialidad
Subprograma Adolescentes	Fortalecimiento de la Integridad de la consulta mediante Hojas Guía	Visitas de seguimiento a familias con diagnóstico rojo, anaranjado y amarillo (Plan familiar, ruta)	Relacionamiento y coordinación con líderes formales e informales
Subprograma Mujeres	Atención preventiva intra y extra muros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, RN , menor de 5 años, MEF y otros)	Visita familiar integral para intercambio educativo (abordaje de riesgos específicos de cada unidad familiar)	Planes de Emergencia Comunitarios en comunidades priorizadas (COPEC-COLREDS).
	Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y RN)	Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar (emergencias individuales)	Intercambio con Terapeutas Mayas y Terapeutas Populares (TMyTP) y abuelas comadronas
	Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contra-referencias y otros)		Agua, saneamiento ambiental y zoonosis
Subprograma Hombres	Seguimiento intra y extramuros de casos especiales (crónicos, tb, hechizo, desnutrición ,neumonía, otros)	<i>Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)</i>	Huertos demostrativos de plantas medicinales
Subprograma Personas adultas mayores	Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida)	<i>Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de VBG y otras)</i>	Atención inter-programática en comunidades de difícil acceso
		<i>Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción)</i>	
		<i>Comunicación e Información en salud : Trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.</i>	

Integración de la normativa de atención y vigilancia en salud del MSPAS

II. El Programa Comunitario de Salud

El PCOS posee un carácter y espíritu propios que se fundamentan en las bases conceptuales propias de *la Estrategia*. Al mismo tiempo, su implementación dependerá del cumplimiento de objetivos, alcance de resultados esperados, desarrollo de tácticas, cumplimiento de normas de atención y utilización adecuada de los instrumentos de registro. A continuación veremos las características y espíritu del programa, así como los elementos que permiten su operativización.

A. Caracterización del programa

El trabajo en salud debe incluir el trabajo con la comunidad, ya que es en ella donde se expresan y reproducen muchos de los condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad. Para analizar los condicionantes y determinantes de la salud se utiliza la categoría de reproducción social. Esta tiene un carácter histórico y es un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad. Para su entendimiento, la reproducción social se divide en reproducción material y cultural. La primera incluye los procesos de producción y consumo y la segunda se refiere a los procesos socio-culturales. Entre estos tres procesos existe una estrecha relación, y cada uno media y afecta al otro.

En el desarrollo del PCOS, el nivel comunitario se refiere a una colectividad que habita en un área geográfica delimitada y comparte el mismo contexto histórico-social. Dependiendo de esto, una comunidad puede ser una aldea, caserío, cantón, paraje u otros, que están incorporados al ámbito municipal. Cada comunidad refleja, de manera particular y dentro de su propio contexto, procesos generales que acontecen en niveles más amplios del país, como los municipales, regionales y nacionales.

El hecho de encontrar a una población dentro de un mismo espacio, supone identificar formas más o menos estables, de cómo se relaciona y articula un colectivo con su entorno (municipal, departamental, regional o nacional). La comunidad también es un nivel que media la relación de las personas y las familias con los espacios externos más amplios. El territorio que comparte la población implica a su vez, estar sujeta a un marco común de condiciones, como podrían ser el ambiente y recursos naturales a los que se tiene acceso. Este marco de condiciones limita o favorece las alternativas que se tienen, para la producción y el consumo.

La comunidad también debe concebirse como un ámbito complejo y multidimensional, en donde se relacionan procesos, intereses y conjuntos socio-culturales diversos y por lo cual, este ámbito, no debe considerarse homogéneo. Para que el trabajo en salud sea efectivo, es pre-

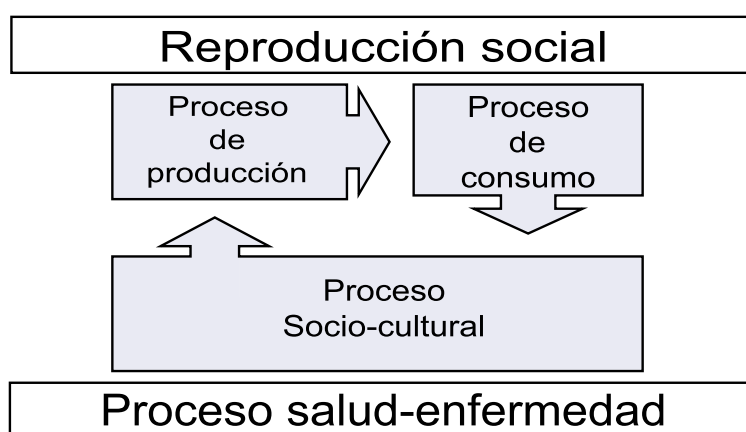


Figura 4. Relación entre reproducción social y proceso salud enfermedad

ciso identificar esas necesidades y problemáticas distintas, pues requieren de acciones que respondan, también, de manera diferente.

No obstante la heterogeneidad de la comunidad, los procesos, relaciones y estructuras que sí se comparten entre sus grupos y miembros, favorece la cohesión y organización comunitaria, la cual abre oportunidades al desarrollo de acciones colectivas y que los servicios de salud deben potenciar y apoyar. En la organización comunitaria, no se incluyen únicamente los grupos o comités formalmente establecidos. Por lo general, existen redes de apoyo construidas alrededor de familias, afinidades políticas o religiosas, cercanía geográfica o amistades, que no siempre se visualizan o se toman en cuenta, pero que son vitales para el trabajo sanitario.

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

Por su parte, el consumo está supeditado al marco de opciones de la comunidad. En algunos casos, el acceso a ciertos recursos por parte de algunos grupos o familias, se obtiene de gestiones particulares. Sin embargo, existen algunas formas socializadas de consumo, que son aquellos elementos utilizados por la totalidad o la

mayoría de la población como los que produce y distribuye el Estado, los recursos naturales, o las mismas estrategias comunitarias. Una mayor disposición de nuevos bienes o servicios colectivos, depende en gran medida de la organización comunitaria y la gestión política-social que desarrolle.

Los procesos socio-culturales toman en cuenta ciertos conjuntos de significados, conocimientos, actitudes, normas, costumbres y preferencias en la comunidad. Todos éstos, incluyendo las relaciones de género, influyen en la forma y grados de participación de los habitantes, la utilización de los recursos, las necesidades percibidas y la definición de prioridades. En el ámbito comunitario se visibiliza la forma como se socializan los diferentes conjuntos socio-culturales; los espacios de socialización identificados (escuelas, iglesias, grupos deportivos, laboral y otros), permiten conocer cómo se desarrollan los individuos en su ciclo de vida, así como las dinámicas, roles y estatus que se les otorgan en cada etapa, diferenciados también por el género. Dentro de una comunidad también es frecuente identificar la existencia de otros modelos médicos, diferentes al biomédico predominante, que cuentan con sus concepciones sobre la salud, enfermedades específicas, prácticas, terapéuticas y servicios propios. Ante esto, los diversos servicios de salud deben promover su articulación para una mejor respuesta a las necesidades en salud de la población.

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

B. Espíritu del programa

Desde el PCOS se considera que la comunidad es un espacio complejo y que la situación de salud dentro de ella está determinada por aspectos históricos, económicos, sociales, políticos y culturales, propios de la población. De esta manera, el trabajo está dirigido a la transformación de los determinantes, condicionantes y factores de riesgo de la población, facilitando procesos de organización comunitaria y promoviendo la participación de todos los habitantes.

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

Para el abordaje de los condicionantes y determinantes, el PCOS promueve y apoya las relaciones entre diferentes grupos comunitarios, acuerdos con otras comunidades, así como las coordinaciones institucionales e intersectoriales. A partir de la caracterización de los determinantes y condicionantes, lógicas socio-culturales y dinámicas de los diferentes grupos existentes, identifica los conjuntos socio-culturales que pueden tener procesos de salud-enfermedad particulares, y con estos realiza intervenciones sanitarias diferenciadas.

Cada comunidad posee recursos, prácticas y sabidurías en salud propios que es necesario reconocer, así como valorar otros modelos de salud existentes. Entre los diferentes modelos explicativos se llevan procesos de interacción e intercambio

de experiencias, para profundizar en el aprendizaje mutuo, y en lo posible se impulsan acciones sanitarias conjuntas. En el desarrollo del PCOS, se incluyen estrategias de comunicación social que permitan la difusión de información y el fortalecimiento de las relaciones entre la comunidad y los servicios de salud.

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

C. Objetivo del programa

Transformar los determinantes, condicionantes y factores de riesgo de la salud, así como promover las potencialidades y empoderamiento³⁷ comunitario para mejorar la situación de salud de las comunidades.

D. Resultados esperados

Los resultados que se pretenden alcanzar con el desarrollo del PCOS son los siguientes:

1. Se ha identificado y comprendido la estructura organizativa, formas de socialización y redes de apoyo comunitarias, para establecer relaciones de apoyo y facilitación, orientadas al fortalecimiento de su capacidad de gestión sanitaria y sociopolítica³⁸.
2. Se ha caracterizado a la población a partir de la categoría de conjuntos socioculturales según sus estrategias de reproducción social (producción, consumo y sociocultural).

37- En 1992, Wallerstein define así empoderamiento: "proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social".

38- Gestión sociopolítica se refiere al proceso enmarcado tanto en la gestión de proyectos como en la incidencia de instituciones estatales, municipales o de otro tipo, que permita el trabajo intersectorial y el fortalecimiento de los espacios públicos locales.

3. Se ha realizado periódicamente análisis de situación de salud para la identificación de los principales factores de riesgo y perfiles de morbimortalidad sociocultural.³⁹
4. Se reconocen modelos explicativos sobre el perfil de morbimortalidad biomédica y los específicos de otros modelos, relacionándolos a los conjuntos socio-culturales.
5. Se ha realizado vigilancia sociocultural de la salud a partir de los factores de riesgo priorizados en coordinación entre el ámbito comunitario y el institucional.
6. Se ha desarrollado una mayor capacidad de resolución y apoyo en casos de crisis y contingencias en las comunidades.
7. Se han promovido formas organizativas vinculadas a la red de terapeutas comunitarios tales como terapeutas mayas y terapeutas populares, abuelas comadronas, promotores, -entre otros-.
8. Se ha ejecutado una estrategia de comunicación acorde a las prioridades definidas por la institución y en conjunto con los principales actores y organizaciones locales.

E. Actividades iniciales a cargo del PCOS para la implementación de la Estrategia

1. Acercamiento y negociación comunitaria

Esta actividad debe ser desarrollada toda vez que se cuenta con la decisión oficial de implementar *la Estrategia* en un Distrito o territorio. Su finalidad es la de presentar a las diferentes organizaciones y actores comunitarios la implementación de *la Estrategia*, así como negociar cambios y adaptaciones al contexto específico que se traduzcan en acuerdos de coordinación y colaboración, de cara a su sostenibilidad. Algunas de las acciones clave que se deben contemplar como mínimo en esta actividad son:

- Reuniones y actividades de relacionamiento y negociación iniciales y periódicas con autorida-

des municipales, las cuales corresponderán al/la Coordinador/a Municipal de Salud y equipo Técnico de Distrito.

- Reuniones y actividades de relacionamiento y negociación iniciales y periódicas de Responsable de Sector y ECOS con organizaciones y actores clave en cada sector donde se implementará *la Estrategia*.

2. Elaboración y actualización de croquis, censo, línea de base y ficha comunitaria.

Al iniciar y desarrollar *la Estrategia* dentro de un territorio es fundamental partir de los datos geográficos y demográficos precisos que faciliten la implementación de los tres programas. Mediante el croquis se identifican las viviendas, vías de acceso, áreas de riesgo y sitios de referencia comunitaria de las distintas comunidades que integran un sector.

El censo proporciona la información poblacional y de condiciones de vida de las familias que habitan un sector, permitiendo la codificación de todas y cada una de ellas y sus integrantes. Al mismo tiempo permite conocer dinámicas de migración básicas y su actualización es anual.

La línea de base recoge información familiar e individual que permite conocer indicadores básicos de acceso a servicios de salud como los siguientes: inmunizaciones, gestación, atención del parto y prevalencia de enfermedades tales como infecciones respiratorias, diarreas, enfermedades atendidas por el modelo maya y popular. Esta información podrá ser monitoreada periódicamente para comparar cambios en relación a la situación inicial. Además, la línea de base genera información de antecedentes individuales relacionados con inmunizaciones en población menor de 6 años y antecedentes obstétricos en mujeres, facilitando el seguimiento de diversas acciones a partir del PIAS.

La ficha comunitaria contiene la información de la comunidad derivada tanto de procesos iniciales

³⁹- Los perfiles de morbimortalidad sociocultural incluyen las patologías que forman parte del marco conceptual biomédico y de marcos conceptuales como el maya u otros existentes a nivel local.

de implementación de *la Estrategia*, acercamiento y negociación comunitaria, croquis, censo y línea basal así como de la visita familiar integral y boleta de recolección de información para la ficha comunitaria. Consolida información y puede convertirse en un instrumento de apoyo a procesos de negociación y gestión.

F. Tácticas operativas

El PCOS contempla 11 tácticas operativas, de las cuales, las primeras 7 son específicas del programa, mientras que las 4 restantes son tácticas compartidas con el Programa Familiar de atención en Salud –PFAS–, por lo que se realizan en forma coordinada con dicho programa.

Tácticas operativas específicas:

1. Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios: Organización, gestión e intersectorialidad.

Los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES): son organizaciones comunitarias clave a quienes corresponde ser los principales interlocutores con la población local. Para que éstos puedan cumplir con los derechos y deberes asociados a la Ley de Consejos de Desarrollo y promover el desarrollo de su comunidad deben conocer las leyes relacionadas con su mandato, así como contar con herramientas técnicas sencillas que les apoyen en el análisis de situación local, priorización de problemas y elaboración de proyectos. En esa línea, *la Estrategia* propone desarrollar un Diplomado en Participación Ciudadana que deberá ser adaptado al contexto comunitario y necesidades de fortalecimiento del COCODE según la situacional inicial encontrada. Por ejemplo, en aquellas comunidades en las que el COCODE ya tiene un conocimiento sólido de las leyes, se puede desde un inicio re-dirigir el fortalecimiento hacia la priorización y gestión de proyectos u otros aspectos o necesidades identificados por los propios comités.

El Diplomado en Participación Ciudadana inicia con un módulo inicial de Organización Comunitaria dirigido a reconocer los derechos y deberes

asociados a la Ley de Consejos de Desarrollo por parte de autoridades locales y municipales. Posterior a ello, se aborda el tema de la Planificación Participativa, cuyo propósito es brindar herramientas sencillas para hacer análisis de situación local y priorizar problemas, el producto es una actividad práctica que consiste en el desarrollo de una reunión de Análisis de Situación de Salud, finalmente, en un tercer momento del diplomado, se facilitan herramientas para la elaboración y gestión de al menos un proyecto priorizado en el análisis de situación.

El diplomado fue diseñado por el Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica (IGER) con la metodología de Educación a Distancia, cuenta con textos, clases radiales y tutorías; para el caso de *la Estrategia*, es facilitado por el equipo de apoyo al Distrito Municipal de Salud, para lo cual se utiliza el material elaborado por el IGER y algunas otras guías e instrumentos y materiales de apoyo para el desarrollo de las actividades prácticas programadas para la obtención de productos concretos.

En seguimiento a este proceso, anualmente se debe realizar al menos una reunión de Análisis de Situación de Salud con el COCODE de cada comunidad sede que cubre el PS. Los productos esperados de esta reunión son: analizar la situación comunitaria, identificar los determinantes de los problemas de salud y establecer acciones para su abordaje, por medio de la participación social, construir una lista de problemas comunitarios y un proceso de priorización de los problemas comunitarios para su posterior abordaje. Para dicha reunión se cuenta una guía metodológica, instrumentos y materiales de apoyo. En la medida en que las relaciones entre el personal de salud y los COCODES se fortalezcan, será posible conocer y abordar factores de riesgo, condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad.

2. Relacionamiento y coordinación con otros/as líderes formales e informales

Además del trabajo con COCODES como organizaciones legalmente reconocidas con un mandato específico en cuanto al desarrollo local, dada la complejidad ya descrita en los primeros apartados

de este documento, la organización y liderazgo local puede incluir entre otros a alcaldes auxiliares, líderes religiosos, grupos comunitarios (p ej: grupos de mujeres o jóvenes, o bien comités específicos (agua, educación, salud, etc.), con quienes es importante establecer relación y coordinación.

3. Planes de Emergencia Comunitarios en comunidades priorizadas (COPECS-COLREDS)

En el PCOS se busca promover desde los COCODES la organización de Comisiones de Salud que construyan Planes de Emergencia Comunitaria (PEC) con la idea de fortalecer las redes de apoyo comunitarias para responder ante problemas urgentes de salud e impedir muertes evitables.

Una de las funciones de las Comisión de Salud es proponer, a los integrantes del COCODES la elaboración e implementación de un plan de emergencia comunitario y en éste incluir actividades que fortalezcan la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia cuando niños, niñas, mujeres y hombres de la comunidad tienen problemas graves que no pueden resolverse ahí y deber ser trasladados rápidamente a otro nivel de atención en salud. Para el caso de accidentes y desastres, especialmente en aquellas comunidades consideradas de alta vulnerabilidad, se promueve la conformación de Coordinadoras Locales de Reducción de Desastres -COLREDS- a partir de los criterios y lineamientos establecidos por la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED).

4. Intercambio con terapeutas mayas y terapeutas populares (TM y TP) y abuelas comadronas

En *la Estrategia* la pertinencia intercultural en el primer nivel de atención se pone en práctica mediante la "Coordinación en Paralelo", entendida como una estrategia no exclusiva del PCOS, pues requiere de la articulación de los tres programas de atención (individual, familiar y comunitario) y los distintos niveles de intervención en salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La coordinación en paralelo se concreta en acciones de relación positiva entre los diferentes cono-

cimientos, prácticas y actores del proceso salud-enfermedad de las comunidades por medio de los siguientes aspectos: Conocimiento y comprensión de otros modelos de salud, Identificación de perfiles epidemiológicos socio-culturales, Adecuación de la atención individual, familiar y de conjunto sociocultural, Intercambio horizontal de conocimientos y prácticas en salud, Sistema de referencia y respuesta; y Apoyo a la organización de terapeutas mayas, terapeutas populares y otros. (Para la explicación de cada uno de los componentes descritos, revisar el capítulo 3 Pertinencia Intercultural).

Aunque los diferentes componentes de la coordinación en paralelo se relacionan entre sí, en el Programa Comunitario de Salud se incluyeron específicamente 2 tácticas operativas que aportan a *la Estrategia* en su conjunto, siendo una de ellas el intercambio con terapeutas mayas (incluyendo en este grupo a las abuelas comadronas) y terapeutas populares.

Para dichos intercambios, inicialmente se identifican a los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares. En base a visitas y entrevistas se recaba información personal, el tipo de trabajo que realizan, las personas que más acuden con ellos(as), las principales dificultades en su trabajo y sus recomendaciones para la comunicación futura con el personal.

Con la información recolectada se elabora un directorio que caracteriza a los (as) terapeutas mayas y terapeutas populares según su ubicación y especialidad. Dentro de las especialidades pueden encontrarse el contador del tiempo, la abuela comadrona, partero, curandero(a), curandero(a) de niños y niñas, curandera de matriz caída, curandera de problemas de la mujer, huesero(a), sobador, entre otros.

La información se actualiza anualmente a través de entrevistas a nuevas personas que se identifican en el transcurso del trabajo, y por la relación que se mantiene con los(as) terapeutas con quienes ya se trabaja.

En cada sector se realizan reuniones mensuales de intercambio con las comadronas; trimestralmente se realizan reuniones con todos(as) los(as) terapeutas mayas y populares en cada sector, y cada año se realiza una reunión anual con los(as) terapeutas

del territorio entero. Como parte de estas actividades se realiza una presentación y discusión de la situación local de salud, se comparten los problemas que han sido atendidos por terapeutas y abuelas comadronas; en especial con las abuelas comadronas se ha logrado la presentación y análisis de casos materno-infantiles.

Se ha elaborado un instrumento especial para uso de los(as) terapeutas mayas y abuelas comadronas que permite el registro de los problemas de salud que han atendido, así como otros tipos de atención. El instrumento ha sido validado con ellos/as, hace uso de fotografías y dibujos, y el registro puede ser por anotación o a través de la colocación de semillas de maíz o frijol en bolsillos, según el nivel de alfabetismo en el idioma español o de escolaridad de cada terapeuta.

El uso del instrumento es bastante sencillo y ha tenido una gran aceptación, pues hay un reconocimiento y valoración del trabajo que ellos(as) realizan. De esta cuenta, se ha logrado identificar qué tipos de atención proveen. Además de tratar enfermedades atendidas por el modelo maya y popular, como el empacho, la caída de mollera, el ojeado o el susto, también dan otros apoyos como los trabajos que realizan para agradecer la producción o agradecer el agua potable. Otros trabajos también se piden para poder pasar y trabajar en Estados Unidos, o para resolver algún problema de pareja, así como ceremonias mayas de protección o por asuntos comunitarios.

Desde *la Estrategia* se brinda apoyo desde el espacio institucional para fortalecer las capacidades de organización de los(as) terapeutas(as) mayas y populares. A partir de una mejor organización de estos actores comunitarios, pueden entonces generarse espacios para el reconocimiento social, la participación y el desarrollo de su trabajo. Dado el respeto a sus necesidades y dinámicas propias, el apoyo se brinda a solicitud de los(as) curadores(as) y el fortalecimiento organizativo debe considerarse como un proceso de largo aliento.

Con la actividad "Unidad de Atención (puesto o centro de salud, otros) amiga de la abuela comadrona y los(as) terapeutas mayas y terapeutas populares"

se ofrece atención clínica integral a estos(as) terapeutas y se realizan reuniones de intercambio entre ellos(as) y el personal institucional.

5. Agua, saneamiento ambiental y zoonosis:

Desde el PCOS se realizan acciones de saneamiento básico, mediante las cuales se promueve la vigilancia de la calidad microbiológica del agua para el consumo humano, el manejo y disposición final adecuada de las aguas residuales y excretas, el manejo y disposición final adecuado de los residuos sólidos y prevención de zoonosis.

Vigilancia de la calidad microbiológica del agua para el consumo humano

El funcionamiento de la mayoría de los sistemas de agua y saneamiento está a cargo de los usuarios organizados, los que por lo general se enfrentan a dicho reto con limitaciones técnicas, económicas, de recursos humanos y reducido apoyo municipal. Desde el PCOS de manera inicial, se realiza un diagnóstico del saneamiento básico de las comunidades y de la organización comunitaria alrededor de este tema a través del croquis, del censo y de la ficha comunitaria.

Posteriormente se trabaja en un diagnóstico de las fuentes de agua, que tiene como objetivo la identificación de los métodos de aforo, principales sistemas de abastecimiento y procesos de control y vigilancia de la calidad del agua, para que a partir de ello, conjuntamente con los comités u organizaciones locales, se establezca la vigilancia sanitaria de la infraestructura, de la calidad de agua y de los comportamientos sanitarios de las familias desde el PFAS.

También se promueve el fortalecimiento de las competencias de los comités para que puedan conducir la operación y mantenimiento de los sistemas. Periódicamente se toman muestras de agua en tanques de captación y distribución de agua para determinar contaminación. Para el muestreo, se coordina con los comités o con los COCODES y para el procesamiento de las muestras de agua, se coordina con el Distrito de Salud respectivo. Dependiendo de los resultados microbiológicos del agua, se coordina con los comi-

tés y con los COCODES, la realización de acciones preventivas y correctivas, para garantizar así el abastecimiento de agua segura desde el sistema de agua comunitario.

Manejo y disposición final adecuada de las aguas residuales y excretas

Esta actividad constituye un reto multidisciplinario e interinstitucional. Desde el programa comunitario se promueve que las autoridades locales identifiquen la problemática alrededor de estos temas, así como la formulación y gestión de proyectos para la concreción del financiamiento, apoyo técnico, y la implementación. Adicionalmente, y a partir del análisis de factores de riesgo ambientales detectados en visitas familiares integrales (VFI), se trabaja en actividades de educación con grupos de familias para fomentar prácticas y conductas saludables.

Zoonosis y Rabia

En esta actividad se implementa como estrategia, la vacunación permanente antirrábica para animales domésticos (perros y gatos), así como también se apoya una campaña anual rural de vacunación. A través de ello se pretende alcanzar cobertura del 100 % de los perros y gatos del área de influencia, con el objetivo del control y la eliminación de la circulación del virus de la rabia. Para ello se siguen los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Zoonosis y Rabia y para la programación de la cantidad de perros y gatos a vacunar, se toma el dato obtenido del censo.

6. Huertos demostrativos de plantas medicinales

En cada PS se debe acondicionar un huerto demostrativo. Estos facilitan, durante la consulta individual, la oferta de tratamientos naturales y permiten conocer cuáles son las plantas que ya existen o pueden cultivarse en las comunidades. También los huertos deben contribuir al intercambio con TM y TP y abuelas comadronas sobre el uso y preparación de las plantas; incluso se podrá facilitar semillas para que los(as) terapeutas puedan cultivarlos en su casa y tener mayor acceso a las plantas.

7. Atención interprogramática —AIP— en comunidades de difícil acceso.

Las AIP's tienen el objetivo de acercar la atención integral a las comunidades de difícil acceso, previamente identificadas. Se trabajan acciones de los tres programas con la participación de EAPAS y ECOS. Se realiza una AIP cada mes, haciendo rotación de comunidades, previa preparación y convocatoria; puede incluir en el PIAS, atención clínica a demanda, controles preventivos (recién nacidos, embarazadas, puérperas y menores de cinco años), búsqueda y vacunación de susceptibles, seguimiento a casos especiales, atención integral a hombres y personas adultas mayores; en el PFAS Visitas Familiares Integrales, Visitas Familiares para intercambio educativo, Visitas de Seguimiento Familiar, trabajo con grupos y otros; en el PCOS reuniones con COCODES, COPEC, COLRED, monitoreo de la calidad del agua y otros.

Tácticas operativas compartidas con el PFAS:

8. Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias (riesgos de medio ambiente, alimentación y educación)

A partir del análisis de los riesgos identificados se planifican y realizan actividades de educación con grupos de familias seleccionados que compartan problemas o riesgos en salud. Para ello se organizan grupos de 15 a 20 familias por comunidad, dependiendo del número de familias en las cuales se han registrado los grupos de riesgos a abordar en dichas actividades.

9. Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de VBG y otros)

Se podrán desarrollar actividades educativas con jóvenes en temas relacionados con derechos sexuales y reproductivos, paternidad responsable, violencia, adicciones, cuyo contenido no tendrá dedicación hacia las familias que presenten estos problemas. En este grupo, se abordarán las problemáticas descritas desde una perspectiva de género y con pertinencia intercultural.

10. Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción de la salud).

Se desarrollarán actividades comunitarias en las que se identifiquen soluciones para problemas comunes identificados a nivel de las familias tales como falta de letrina o disposición inadecuada de la basura. Se promoverá el involucramiento de las organizaciones locales, así como la participación de las familias, así como la elaboración y gestión de proyectos comunitarios.

11. Comunicación e Información en salud: trabajo educativo-preventivo a nivel comunitario (escuelas y otros) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.

Esta táctica va dirigida a desarrollar actividades educativas con otros grupos y audiencias distintos de los ya descritos en las tácticas anteriores, tales como maestros/as, grupos de escuela, iglesia y otros, a partir de problemas y necesidades identificados tanto en el programa familiar como el comunitario. Se podrán utilizar radios locales para la transmisión de programas y cuñas radiales sobre temas de salud.

G. Manuales y guías de PCOS

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

1. Guía para el acercamiento y negociación comunitaria: establece las directrices para la presentación y negociación del proceso de implementación de *la Estrategia* con las/os actores comunitarios, así como las actividades mínimas a desarrollar en el nivel municipal/distrital, y por sector de cada territorio.
2. Guía para la elaboración del croquis de la comunidad: toma en cuenta información ya existente y describe el recorrido sistemático apropiado para una zona rural. Dependiendo del tipo y ubicación de la comunidad, brinda recomendaciones que estandarizan la representación gráfica de un área poblada. Paso a paso detalla todas las tareas que permiten la zonificación e identificación de viviendas, actores y lugares clave de la comunidad, así como los accidentes geográficos y áreas de riesgo.
3. Guía para la elaboración del censo: describe las características de todo censo, así como la secuencia de fases y pasos que incluyen preparación y organización de los equipos de trabajo, preparación de la comunidad ejecución del censo y revisión y análisis de la información recolectada. El censo incluye información demográfica y de condiciones de vida de cada familia que habita en las comunidades de un sector.
4. Instructivo para aplicación de la línea basal: Explica la finalidad de la línea basal, los criterios de selección de las familias, el llenado de la boleta y el contenido de la información a recabar para población menor de 6 años y mujeres mayores de 10 años.
5. Guía para *la Estrategia* de intercambio con TM y TP: se tiene un documento que integra y detalla las actividades que se realizan en las dos etapas de esta estrategia, la inicial y de implementación. Para cada actividad se describe metodología, instrumento de registro, persona responsable y forma de sistematizarla.
6. Guías para el diagnóstico de TM y TP:
 - Guías para grupos focales: se tienen documentos que permiten realizar grupos focales (con no menos de 5, ni más de 10 participantes) conformados por líderes(as) comunitarios y madres de familias numerosas (6 o más hijos(as)).
 - Guías para entrevistas directas con TM y TP: se inicia con la recolección de datos generales de cada TM y TP y el tipo de trabajo que realiza. Luego especifica las poblaciones que el TM y TP atiende y los motivos por los que la población los busca, el número de personas que atiende y los ámbitos geográficos de su trabajo. Por último, se intenta establecer la existencia de mecanismos de referencia y formas propias de organización o intercambio. Al finalizar la entrevista, los ECOS y el EAPAS responsable de PCOS deberán realizar

un análisis y alcanzar conclusiones de toda la información.

7. Guías para el trabajo con COCODES: se cuenta con guías específicas para: el establecimiento de alianzas con líderes locales y municipalidad, la caracterización de la organización comunitaria, la formación de competencias a los EAPAS y a los ECOS, para que puedan conducir el proceso de fortalecimiento a los integrantes de COCODES, así como para el fortalecimiento a los integrantes de COCODES mediante actividades prácticas específicas que incluye la realización de un Análisis de Situación de la comunidad y la formulación de un proyecto.

El trabajo con COCODES dependerá del nivel de desarrollo y dinámica organizativa de cada comunidad y se planifica dentro de la Agenda Técnica Operativa Local -ATOL-. Las actividades con estos grupos privilegian la autogestión y fortalecimiento propios a partir del análisis de la información disponible. En ocasiones y dependiendo de las condiciones locales, se requerirá de la priorización de un tema específico que demanda la participación de líderes como por ejemplo: preparación y respuesta ante un desastre natural, uso adecuado de insecticidas, saneamiento del medio, etc.

8. Guía para el trabajo con Comisiones de salud para elaborar un Plan de Emergencia Comunitario:
 - a. COPEC: el proceso de construcción del PEC se realiza mediante la Guía para Facilitadores y Facilitadoras en la elaboración e implementación de Planes de Emergencia Comunitarios desarrollada por la Dirección de Área de Salud de Sololá y adaptada por *la Estrategia*, la cual describe cada una de las fases, los pasos y los instrumentos de trabajo como agendas y guías para elaborar y registrar el proceso de construcción y creación del Plan de Emergencia Comunitario.
 - b. COLREDS. Para la elaboración del PEC para abordaje de desastres que pudiera afectar a la comunidad se utilizará la normativa descrita por la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED), la cual

promueve en comunidades de riesgo la organización de Coordinadoras Locales de Reducción de Desastres (COLREDS), para lo cual con la coordinación con la CONRED, se desarrolla todo el proceso metodológico normado, lo cual tiene desarrollado guías e instrumentos de apoyo.

H. Instrumentos

Las actividades realizadas dentro del programa comunitario son registradas en distintos formularios, cada uno con instructivo que facilita su correcto y completo llenado. Luego, los instrumentos de registro son ingresados al sistema automatizado que genera los reportes necesarios para analizar la situación de salud y monitorear con suficiente detalle las acciones realizadas. Es decir que la información, recolectada en una comunidad o sector, regresa procesada y consolidada para el uso de los mismos ECOS que inicialmente la generaron. Para el registro de las actividades realizadas desde el PCOS, se cuenta con los siguientes instrumentos:

1. Ficha de censo

Se llena para cada familia y posee una sección de información demográfica y otra de condiciones de vida. La primera permite ubicar espacialmente a la unidad familiar y luego, para cada integrante, recabar datos de nacimiento, idioma, escolaridad, participación en trabajo doméstico, entre otros, sin olvidar datos de migración temporal y permanente. La segunda sección organiza la información en dos bloques: características de la vivienda y condiciones del medio ambiente. Luego del llenado y revisión de cada boleta, esta se digita en el sistema de información de *la Estrategia*, en donde resulta básica para: codificación familiar e individual, ficha clínica, familiar y comunitaria y expediente individual y familiar. El sistema de información de *la Estrategia* genera los instrumentos que permitirán realizar una actualización parcial o completa del censo.⁴⁰

⁴⁰- La actualización parcial se realiza al finalizar cada año y se limita al recuento y migración poblacional, la actualización completa se realiza cada cuatro años e incluye actualizar toda la boleta censal.

2. Instrumento de línea basal

Este debe llenarse para cada familia censada y posee una sección dedicada a menores de seis años y hombres mayores de diez y la otra dedicada a mujeres mayores de diez años. En los niños se privilegian datos de vacunación, alimentación y morbilidad y en los hombres mayores de 10 años, la cantidad de consultas realizadas a los servicios de salud. Para mujeres mayores de diez años se registran antecedentes obstétricos, vacunación, reconocimiento de señales de peligro y atención prenatal. Una vez llenado este instrumento, se ingresa al sistema de información de *la Estrategia*, en donde resulta ser básico para los cuadernos de vacunación y el seguimiento y atención de mujeres embarazadas.

3. Instrumentos de registro de las enfermedades o casos que atienden los (as) TM y TP

Son instrumentos donde los(as) TM y TP van llevando su cuenta o registro de las enfermedades y casos que van viendo durante tres meses, es decir, entre reunión y reunión (trimestral) de intercambio con el personal institucional de salud. Con estos instrumentos se busca conocer mejor el perfil de enfermedad comunitario y encontrar puntos de común acuerdo y coordinación entre TM y TP y equipos de salud.

Para no excluir a ningún TM y TP, se tiene un instrumento diseñado para terapeutas analfabetos(as) y otro para alfabetos(as). El instrumento para analfabetos (as) consiste en un portafolio con la identificación personal del terapeuta (nombre, comunidad, sector y especialidad). Cada vez que el (la) terapeuta atiende un paciente coloca en la bolsita correspondiente, a cada lado de la foto o dibujo de la enfermedad atendida, un grano de maíz (si es enfermedad en un hombre) o de frijol (si es enfermedad en una mujer).

El instrumento para alfabetos también identifica a cada TM y TP y consiste en un formulario que permite registrar mensualmente casos atendidos (desagregados por sexo) de 51 problemas

de salud (por ej. Ojeado, empacho, mollera caída, embarazo con señal de peligro, parto con complicación y otros). Este instrumento también permite hacer un consolidado mensual de casos atendidos y referencias realizadas. En reunión trimestral de intercambio con TM y TP, el EAPAS responsable de sector y los ECOS, deben consolidar la información de los dos tipos de instrumentos y enviarla para digitación en archivo específico.

4. Ficha Comunitaria

Es un instrumento que consolida información para presentar una descripción integral y completa de cada comunidad atendida por *la Estrategia*. Incluye datos demográficos, información de condicionantes y determinantes de la salud, saneamiento del medio, así como organización social y aspectos socioculturales (Ver Cuadro 1). La información que registra es aportada por otros instrumentos de registro como el croquis, el censo, la ficha de VFI y la boleta de recolección de información para la ficha comunitaria, luego se consolida en un reporte toda la información definida a recabar de cada comunidad.

5. Boleta de recolección de información para la ficha comunitaria

Es un instrumento organizado por bloques, a través del cual se recolecta información de la comunidad que debe ser llenada por los y las AEC con la orientación y apoyo del EAPAS responsable del PCOS. Para estandarizar y facilitar el llenado, además de utilizar información ya existente dentro del sistema de información de *la Estrategia*, posee un instructivo que detalla la metodología, las fuentes de información y asegura la mejor manera de consignar los datos. Luego de su llenado y revisión es enviada para digitación dentro del sistema de información automatizado, del cual saldrá el reporte final de Ficha Comunitaria. El cumplimiento de los plazos de envío y la cuidadosa digitación de este instrumento de registro, permite contar con información oportuna y actualizada para conocer características generales de cada comunidad.

Cuadro 1.
BLOQUES DE INFORMACIÓN DE LA FICHA COMUNITARIA

BLOQUE	INFORMACIÓN
I. Datos Generales de la comunidad	Esta información permite la ubicación geográfica de la comunidad.
II. Demografía	Brinda indicadores demográficos como población total, densidad poblacional e incluye una pirámide poblacional.
III. Características físicas de la comunidad	Incluye información respecto al tipo de comunidad, superficie, topografía, límites y clima.
IV. Principales vías de acceso a la comunidad	Describe accesos y distancia de la comunidad a la cabecera municipal
V. Viviendas-familias	Incluye el total de viviendas y la forma de tenencia, total de familias, los tipos de familia, el promedio de sus integrantes, familias según diagnóstico familiar principal y las familias en extrema precariedad
VI. Agua	Información sobre acceso, abastecimiento y tratamiento del agua.
VII. Letrinas	Información sobre tenencia y tipo de letrinas.
VIII. Desechos sólidos	Información sobre las formas de disposición de la basura.
IX. Salud	Número y distancia y acceso a establecimientos de salud en la comunidad, Tipo y número de trabajadores de salud.
X. Servicios básicos	Información sobre transporte y telefonía en la comunidad.
XI. Educación	Incluye % de analfabetismo, población según escolaridad, número de centros educativos y población a la que atienden, servicios básicos con los que cuentan los centros educativos y la existencia de comités de padres de familia.
XII. Aspectos socioculturales	Incluye información de historia de la comunidad, idioma, religión, etnias presentes, tradiciones más importantes, lugares sagrados, áreas de recreación, lugares sagrados y medios de comunicación.
XIII. Organización social	Organizaciones y líderes comunitarias
XIV. Actividades económicas y laborales	En este bloque se registrarán las acciones a efectuar y los seguimientos posteriores que se realizarán a la familia
XV. Desastres/ Vulnerabilidad	Tipos de desastres que afectan a la comunidad, vivienda insegura y/o ubicada en zona de riesgo. Meses en los que es más frecuente el desastre y si tiene la comunidad Plan de Emergencia.
XVI. Dengue/Ventas	Incluye estratificación entomológica, y numero de ventas ambulantes de alimentos en la comunidad.

Figura 5.
FICHA COMUNITARIA

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA FICHA COMUNITARIA											
1. DATOS COMUNIDAD				2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA COMUNIDAD							
Departamento:		Municipio:		Fecha:		Responsable:		Topografía:			
Territorio:		Sector:		Tipo de Comunidad:		Superficie Aproximada km2					
Área:		Distrito:		Clima:		Mes inicio Invierno		Mes final Invierno			
Comunidad:				Límite o Colindancia al Norte:							
				Límite o Colindancia al Sur:							
				Límite o Colindancia al Este:							
				Límite o Colindancia al Oeste:							
3. PRINCIPALES VÍAS DE ACCESOS A LA COMUNIDAD:				5. SERVICIOS BÁSICOS							
Principal vía de Acceso		Asfaltada		Tercera							
Distancia de la comunidad a la cabecera Municipal en Carretera (KM.)										Teléfono o Celular	
Historia de la Comunidad:											
4. ASPECTOS SOCIOCULTURALES				6. EDUCACIÓN							
				Número de Escuelas		Si no hay escuela, Distancia en Km. de la Escuela más Cercana					
				Tipos de Jornadas:							
				Número de Alumnos		Número de Aulas		Número Maestros		Grados que se imparten en la Escuela	
				Hombres		Mujeres		Servicios Escuela		SI NO	
				Comité de Padres de Familia		Acceso Agua		Energía Eléctrica		Número de Servicios Sanitarios	
				SI NO				Servicio Sanitario		Razones de Repetencia	
Razones de Deserción:											
				Número de Institutos		Si no hay Instituto, Distancia en Km. del Instituto más Cercano					
				Tipos de Jornadas:							
				Número de Alumnos		Número de Aulas		Número Maestros		Grados que se imparten en el Instituto	
				Hombres		Mujeres		Servicios Instituto		SI NO	
				Comité de Padres de Familia		Acceso Agua		Energía Eléctrica		Número de Servicios Sanitarios	
				SI NO				Servicio Sanitario		Razones de Repetencia	
Razones de Deserción:											
				11. VENTAS		No. Total de ventas ambulantes de alimentos					
				10. DENGUE		Estratificación Entomológica					
				8. DRENAJES O ALCANTARILLADO		Número viviendas drenaje					
Existente Servicio Alcantarillado		SI NO		flor Tierra		Disposición Excretas		sumidero		otro	
Tipo de desastres		meses en que es más frecuente que ocurren desastres		Alto		Mediano		Bajo			
Plan Emergencia		SI NO								12. DESECHOS SÓLIDOS	
										No. Depósitos municipales de Basura	
										No. Basureros Clandestinos	
				13. ASPECTOS ECONÓMICOS							
				Cuenta la comunidad con tierra para Cultivar		SI		NO			

I. Indicadores para el monitoreo del programa

Las actividades, cumplimiento de objetivos y alcance de los resultados del programa comunitario se monitorean a través del cálculo y análisis de indicadores específicos. En algunos casos, el cálculo se realiza de forma automatizada a partir del ingreso oportuno de los instrumentos de información correspondientes y la información puede desagregarse por territorio, sector y comunidad. El análisis se hace en los niveles local, territorial y de distrito de salud de forma mensual y anual en base a las metas establecidas en la Agenda Técnica Operativa local—ATOL—.

Los indicadores responden a las perspectivas que caracterizan la estructura programática de *la Estrategia* y permiten medir mensual, trimestral o anualmente los procesos locales. En el Cuadro 2 se presentan ejemplos de indicadores definidos para el PCOS.

El PCOS, junto al resto de programas de *la Estrategia*, cuenta con actividades de monitoreo y supervisión que se describen en el documento dedicado al Ciclo de Gestión para el Primer Nivel de Atención bajo *la Estrategia*.

Cuadro 2 INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL PCOS

Numero y porcentaje de miembros de COCODE de comunidades sede que participan en reunion de sala situacional local

Numero y porcentaje de comunidades que cuentan con comision de salud que trabajan PEC

Numero y porcentaje de comisiones de salud que cuentan con plan de emergencia comunitario

Numero y porcentaje de comunidades clasificadas en riesgo que cuentan con PEC funcionando de forma aceptable según criterio de responsable del PCOS y coordinador

Numero de referencia efectivas realizadas por la comision de salud que cuenta con plan de emergencia comunitario

Numero de aip en comunidades de dificil acceso según agenda tecnica operativa local
Porcentaje de asistencia de TM y TP a reuniones trimestrales

Numero y porcentaje de comites de agua con las que se coordina acciones de proteccion de las fuentes de agua.

Porcentaje de acueductos o sistemas con muestra de agua al año.

Numero de proyectos generados por los COCODES de la comunidad

Numero de puestos de salud con huertos demostrativos

Numero de planes de comunicación elaborados

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC	Abuela comadrona
AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AIP	Atención Inter-programática
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisiones de emergencia comunitaria
COLRED	Comisión Local de Reducción de Desastres
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEC	Programa de extensión de cobertura
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
ATOL	Agenda Técnica Operativa Local.
PS	Puesto de Salud
SI	Sistema de Información (herramienta automatizada)
TM	Terapeuta maya
TP	Terapeuta popular
VFI	Visita Familiar Integral

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/Medicus Mundi Navarra/Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
2. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133p.
3. Medicus Mundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
4. Medicus Mundi (2009) Proceso de diagnóstico de terapeutas maya populares dentro del Modelo Incluyente en salud. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
5. Medicus Mundi (2009) Táctica de Intercambio horizontal con Terapeutas Mayas y Populares dentro del Modelo Incluyente en salud. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.

Capítulo 9

El Sistema de Vigilancia Sociocultural de la Salud y el Sistema de Información

El presente capítulo describe las bases conceptuales que fundamentan la Vigilancia Sociocultural de la Salud (VSCS) y el Sistema de Información (SI) dentro de *la Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud —la Estrategia—*. La VSCS se basa en un enfoque multidimensional del proceso salud enfermedad y en la caracterización de los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad. El Sistema de Información (SI), es el conjunto de componentes interrelacionados que recolecta, procesa, almacena y distribuye información para apoyar la toma de decisiones y el control de una institución.

En la práctica ambos conceptos se relacionan y complementan, siendo el SI una herramienta que apoya la recolección, procesamiento y presentación de datos dentro del ciclo de la vigilancia. A continuación se describen ambos conceptos, sus etapas y relación.

I. La vigilancia en salud

La vigilancia en salud pública se define como la recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de datos de salud. Las instituciones de salud utilizan los datos de la vigilancia para describir y monitorear eventos de salud que ocurren en su área de influencia, establecer prioridades y contribuir en la planeación, implementación y evaluación de los programas e intervenciones. Por ello también se ha definido la vigilancia como “información para la acción”.

A. La Vigilancia Sociocultural de la Salud (VSCS)

Dentro de *la Estrategia* se concibe la vigilancia como un proceso que permite el abordaje socio

cultural de la salud, basándola en un enfoque multidimensional del proceso salud enfermedad y en la caracterización de los tres niveles de análisis acción: individuo, familia y comunidad. Para el enfoque multidimensional toma en cuenta factores biológicos, condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad. Los factores biológicos, tradicionales en la vigilancia de salud pública, se complementan con la categoría de reproducción social, incluyendo los procesos de producción, consumo y socio-culturales. (Ver Cuadro 1). Este enfoque propicia que el análisis abarque varios ámbitos del proceso salud enfermedad. Es valioso conocer no sólo los daños a la salud, reflejados en casos de enfermedad, discapacidad o defunción, sino también los factores de riesgo, condicionantes y determinantes que los favorecen.

Cuadro 1.
EJEMPLOS DE VARIABLES QUE SE ANALIZAN EN CADA PROCESO DE REPRODUCCIÓN SOCIAL

PROCESO	EJEMPLOS
Producción	Monolingüismo, actividad laboral principal del jefe de una familia, alfabetismo, escolaridad.
Consumo	Extrema precariedad, materiales de la vivienda, saneamiento del medio ambiente (agua, letrina, disposición de basuras y convivencia con animales), riesgos de medio ambiente, alimentación y educación.
Socio-cultural	Religión o espiritualidad, camino del enfermo, autodiagnóstico, enfermedades maya-populares.

Al mismo tiempo la VSCS busca profundizar en los elementos que caracterizan los tres niveles de análisis-acción de *la Estrategia*: individuo, familia y comunidad. La información que se recolecta en cada programa de salud facilita la caracterización y la formulación de posibles interrelaciones entre estos tres espacios naturales de población; ello permite un acercamiento más preciso e integrado con la realidad y por lo tanto una mejor comprensión para definir las intervenciones más apropiadas.

B. Normas y protocolos para la VSCS

La VSCV incluye el monitoreo de condicionantes y determinantes, factores de riesgo (individuales y familiares), daños a la salud (enfermedad, discapacidad y defunciones) y factores protectores. Esta diversidad de información requiere de la incorporación de fuentes tanto primarias de los tres programas de salud, como de fuentes secundarias⁴¹. Las fuentes primarias las encontraremos en los instrumentos de registro del SI, mientras que las fuentes secundarias pueden ser encuestas y censos nacionales e investigaciones locales o regionales. Para estandarizar la VSCV se incorporan protocolos nacionales de vigilancia y se desarrollan algunas normas propias de *la Estrategia* que se describen a continuación.

Protocolos nacionales de vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, y morbilidad

Establecen los eventos objeto de vigilancia, entre otras, enfermedades de notificación obligatoria (ENO), enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles, lesiones de causa externa, accidentes y violencia, intoxicaciones por plaguicidas, mortalidad infantil y general, fármaco-vigilancia de reacciones adversas a vacunas o a medicamentos, tales como antimaláricos y antifímicos, sus definiciones de caso, los procedimientos a seguir en la notificación, incluyendo las fichas de investigación, así como algunas medidas de control —ya que se aplican las que indica cada programa en las Normas de Atención para el primer y segundo nivel de atención— y los indicadores para monitorear cada evento.

También definen el flujo y periodicidad de la notificación, la forma de analizar la información y los procedimientos a seguir al momento de investigar un brote. Su aplicación es de carácter general en toda la red nacional de servicios de salud, desde un Puesto de Salud, hasta los hospitales especializados de referencia nacional. En la VSCS las ENO son vigiladas por personal institucional (equipos comunitarios de salud -ECOS- y de apoyo de primer nivel de atención en salud -EAPAS-) de forma

⁴¹- Fuente primaria incluye registros que recolectan datos cuyo fin incluye, entre otros, la vigilancia (registros de consulta, expedientes clínicos, libros de laboratorio, autopsias verbales, etc.). La fuente secundaria será aquella que posee datos recolectados con propósitos distintos a la vigilancia (censos de población, encuestas nacionales de salud, de ingresos o de condiciones de vida, datos ambientales, estadísticas laborales, etc.).

pasiva y activa.⁴² La vigilancia pasiva se realiza en puestos de salud (PS) con la identificación, investigación y notificación de casos que acuden al servicio. La vigilancia activa se desarrolla, dependiendo del perfil epidemiológico local, con la búsqueda e investigación durante la visita familiar integral (VFI) de once ENO prioritarias: parálisis flácida aguda (PFA), rubeola, sarampión, tétanos neonatal, tos ferina, dengue, malaria, chagas, leishmaniasis, oncocercosis y sintomáticos respiratorios.

Normas para la vigilancia de enfermedades atendidas por el Modelo Maya y Popular

Incluyen procedimientos para la vigilancia de siete enfermedades atendidas por el modelo maya y popular (EM y P): mal de ojo, empacho, molle- ra caída, caída de matriz, aire, susto y mal hecho o hechizo. Estas EM y P se definieron en base a la experiencia de trabajo y la revisión de información de fichas clínicas y familiares y autopsias verbales, de las áreas de pilotaje del MIS. Para cada EM y P se define lo siguiente: código, razón de la vigilancia, definiciones de caso, tipos de vigilancia, datos a recolectar, análisis y uso de la información. En la VSCS, las EM y P son vigiladas por los ECOS y EAPAS y Terapeutas mayas y Terapeutas populares (TM y TP), de forma pasiva y activa. La vigilancia pasiva la realiza el personal institucional, identificando casos que acuden al PS, y los TM y TP, atendiendo en sus propios espacios, a población que acude en busca de atención.⁴³ La vigilancia activa se realiza durante la VFI identificando casos con sospecha de susto, mal hecho u ojeado sin atención.

Normas para la vigilancia de factores de riesgo individual (materno-neonatal) y familiar y factores protectores

Se tienen instrumentos específicos que permiten identificar riesgos individuales en poblaciones

prioritarias: niño (a) menor de 28 días y mujeres en período de gestación, parto o puerperio. Identificar estos riesgos permite actuar oportunamente con recursos locales o, de ser necesario, realizar referencia a un centro con mayor capacidad de resolución.

Al momento de realizar una VFI los ECOS registran, en ficha familiar, los factores de riesgo y los factores protectores de la unidad doméstica. Los factores de riesgo familiar se clasifican en tres categorías: medio ambiente, educación y alimentación. Incluyen algunas condiciones de la vivienda y del saneamiento del medio, hábitos de alimentación, conocimientos sobre señales de peligro en enfermedades frecuentes y deserción escolar. Los factores protectores exploran la existencia de una red de apoyo familiar, el conocimiento y uso de la medicina maya popular, la existencia de un terapeuta o trabajador en salud dentro de la familia y la participación en organizaciones comunitarias. La vigilancia de factores protectores y de riesgo familiar se considera como una estrategia activa debido a que la VFI, que es el contexto en donde se realiza, es una táctica que se planifica y ejecuta en base a una dispensarización, lo que significa que hay una búsqueda de eventos orientada hacia contextos de mayor vulnerabilidad.

II Recolección de datos

La conducción de la vigilancia requiere de cuatro etapas básicas: recolectar, analizar, interpretar y diseminar datos de salud. La recolección de datos en la VSCS se realiza de acuerdo a las normas y protocolos de vigilancia ya mencionados. Para identificar un evento (enfermedad, factor de riesgo o factor protector), éste debe cumplir una definición o serie de criterios estandarizados para decidir si un individuo tiene una enfermedad particular u otra condición relacionada con la salud.⁴⁴ Con esto se asegura que cada caso es diagnosticado de la misma manera, pu-

42- Vigilancia pasiva: cada nivel de salud envía información rutinaria y periódicamente sobre eventos sujetos a vigilancia. Vigilancia activa: el personal acude a la fuente de información buscando eventos sujetos a vigilancia. Vigilancia centinela: la información es proporcionada por una muestra pre-establecida de fuentes (por ej. médicos, clínicas, hospitales) que tienen una alta probabilidad de ver casos de los eventos de interés.

43- Los instrumentos de registro de las enfermedades o casos que atienden los(as) TM y TP son instrumentos donde los(as) TM y TP van llevando su cuenta o registro de los casos que van viendo durante tres meses, es decir, entre reunión y reunión (trimestral) de intercambio con el personal institucional de salud. Se describen con mayor detalle en el documento del Programa Comunitario de Salud (PCOS).

diéndose luego comparar el número de casos de la enfermedad ocurridos en un tiempo y lugar dados, con el número de casos ocurridos en otro tiempo y otro lugar. En el Cuadro 2 se presentan ejemplos de definiciones de caso utilizadas en la VSCS.

Cuadro 2. EJEMPLOS DE DEFINICIONES DE CASO UTILIZADAS EN LA VSCS

Caso sospechoso de rabia: toda persona que presente alteraciones nerviosas indefinidas, sensación de angustia, fiebre, excitabilidad, cambio de conducta, problemas en la deglución, y con antecedente de haber sido agredida (mordida o lamida) por animal transmisor de la rabia durante las últimas ocho semanas.

Protocolos de vigilancia del MSPAS: toda persona con antecedente de exposición a la saliva de animal rabioso ya sea por mordedura, rasguño o lamadura de mucosas o piel lacerada, que puede asociarse a manifestaciones como alteraciones nerviosas varias, angustia, agitación, excitabilidad, desorientación, agresividad, dificultad a la deglución, salivación excesiva.

Casos sospechoso de tuberculosis: toda persona mayor de 10 años, que presenta tos y/o expectoración de más de dos semanas de evolución (sintomático respiratorio).

Caso sospechoso de mal de ojo, ojeado, ojo: menor de 6 años (rara vez en escolares) con problema de cheles (supuración no acuosa) en uno o dos ojos, con diarrea (más de 3 deposiciones líquidas o blandas por día) de color verde o menos frecuente amarillenta, aguada y abundante, de repetidas veces, pero no le crece el estómago; decaído pero irritable, puede haber fiebre. Al observar la cara del niño, tiene un ojo pequeño y el otro grande. Puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como náusea o vómitos, granos, tos, temblor en el cuerpo. Proceso de duración menor de 14 días, rara vez casos crónicos.

Otros criterios:

- Mencionado como autodiagnóstico por el/la/los acompañante(s), y registrado en la ficha clínica o en la ficha familiar.
- Referido con tal denominación por el (la) terapeuta maya y el (la) terapeuta popular (TM y TP).

Debido a que el diagnóstico de un caso depende de la evidencia disponible, la definición de caso puede establecer criterios específicos para distintos grados de certeza diagnóstica: sospechoso, probable y confirmado, tal es el caso de la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles. En el sospechoso hay signos y síntomas compatibles con la enfermedad, sin evidencia alguna de laboratorio (ausente, pendiente o negativa). Un caso probable también tiene signos y síntomas de la enfermedad, pero no hay evidencia definitiva de laboratorio; y en uno confirmado hay evidencia definitiva de laboratorio, con o sin síntomas de la enfermedad.⁴⁵

Luego de establecer el cumplimiento de la definición de caso, por lo general se tiene una ficha de investigación también estandarizada que incluye datos demográficos (nombre, sexo, edad, residencia, etc.), clínicos (signos y síntomas propios de la enfermedad, incluyendo su fecha de inicio), de laboratorio (toma de muestras, resultado de pruebas, etc.) y epidemiológicos (factores de riesgo conocidos de la enfermedad). Esta ficha debe remitirse al Distrito Municipal de Salud (DMS), cumpliendo con los tiempos establecidos, desde donde continúa el ciclo propio del MSPAS. En algunos casos la recolección de información también incluye la toma de muestras para realizar pruebas de laboratorio. No olvidar que la notificación de un evento muchas veces implica realizar una investigación de campo que permita conocer la existencia de otros posibles casos y establecer medidas oportunas de control. Por ello, al notificar un caso se puede prevenir la ocurrencia de casos fatales o el apareamiento de brotes.

Para las Enfermedades Mayas y Populares (EM y P), todo caso identificado por AEC se clasifica como sospechoso y se refiere a TM y TP quien lo confirma o descarta según su criterio y brinda el manejo correspondiente.

En *la Estrategia* toda la información se recolecta a través de formularios que registran cada una de las actividades que se desarrollan dentro de los

44- Factor de riesgo (individual o familiar), factor protector.

45- En el caso de EM y P, éstas podrán confirmarse o descartarse únicamente a través de la referencia del paciente a un TM y P.

programas. Algunos de ellos, una vez completados se envían para ingreso al sistema automatizado. Estos formularios se deben completar en base a instructivos específicos, que buscan facilitar y estandarizar el registro de información. Al mismo tiempo, el registro debe tomar en cuenta listados de códigos para enfermedades como la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que en el caso de *la Estrategia* incluye las EM y P, así como listados de códigos que facilitan el registro de medicamentos y plantas medicinales.

La recolección de información, si bien la hace directamente una persona, también tiene que asumirse como una responsabilidad de todo el ECOS, incluyendo al responsable del sector. Una mayor calidad en el registro de información, garantiza un mejor análisis e interpretación de la misma. Asimismo, el ejercicio sistemático de análisis de la información favorece el mejoramiento en la calidad de los datos y su procesamiento. A continuación se presentan cuadros que resumen los instrumentos de registro de información que se utilizan en cada programa y para propósitos de gestión en *la Estrategia*.

III Ingreso de datos al Sistema de Información (subsistema de SIGSA)

A. Módulos del Sistema de Información

Luego de la etapa de recolección, cierta información se ingresa al Sistema de Información SI- automatizado de *la Estrategia*, el cual es un subsistema del SIGSA. Esta es una herramienta sistematizada, planificada y desarrollada para brindar información sobre la situación de salud de las poblaciones en donde se desarrolla *la Estrategia*. Contribuye a planificar, monitorear y evaluar todas las actividades e intervenciones que responden a dicha situación de salud, brindando un procesamiento confiable de la información. El SI permite el ingreso, procesamiento y generación de reportes de los datos que se colectan en cada PS a través de las actividades de los programas de salud, incluyendo aquellas que apoyan la gestión del modelo. Para responder a las necesidades y requerimientos, así

como para facilitar su utilización, el SI se organiza en siete módulos, los cuales se describen a continuación de forma resumida, ya que se cuenta con un manual de usuarios del sistema.

Seguridad: permite controlar el acceso al sistema mediante la creación de usuarios y asignación de roles. Los roles permiten asignar permisos a distintos tipos de usuarios, para fines de administración, digitación o únicamente revisión de información. Tanto los usuarios, como los roles pueden ser editados o eliminados. Este módulo también permite hacer respaldos de información (back up) para evitar la pérdida de la misma en situaciones no controladas.

Catálogos: permite administrar todos los catálogos del SI. Un catálogo incluye la información de base que utiliza el sistema para estandarizar el ingreso y procesamiento de información. Existe la posibilidad de crear, editar o eliminar catálogos de ubicación geográfica, idioma, personal incluyendo TM y TP, medicamentos, enfermedades, entre otros.

Censo y croquis: permite ingresar y actualizar información de croquis, censo y línea basal. Este módulo permite el ingreso de boletas censales completas y aquellas que por alguna razón están incompletas y requieren seguimiento. También permite actualización anual y completa del censo, agregar nuevos integrantes a una familia o trasladarlos de una familia a otra. Es posible generar mapas de riesgo por distintos niveles geográficos.

Programas de atención en salud: permite ingresar formularios que registran actividades del PIAS, PFAS y PCOS. Es aquí donde se digita la mayor cantidad de información, incluyendo los siguientes formularios:

- PIAS: ficha clínica, cuaderno para menores de 5 años (SIGSA 5A modificado), cuaderno para mujeres en edad fértil (SIGSA 5B modificado), formulario de otros servicios, nacimientos (SIGSA 1) y defunciones (SIGSA 2 y autopsias verbales).
- PFAS: ficha de visita familiar integral y ficha de seguimiento familiar.
- PCOS: ficha comunitaria.

Dentro de este módulo se generan reportes fijos como el expediente clínico individual, el familiar y el expediente comunitario, que resumen datos de relevancia clínica, del seguimiento psicosocial y de las condiciones de vida, respectivamente.

Recursos en salud: en este módulo se ingresan formularios de gestión que facilitan la programación mensual, así como aquellos que permiten el balance, requisición y envío (BRES) de medicamentos, incluyendo inmunobiológicos. También es posible ingresar los instrumentos que se utilizan para la supervisión del personal.

Vigilancia sociocultural de la salud: integra los reportes que facilitan la VSCS en tres categorías: sala situacional, indicadores y reportes SIGSA.

Data warehousing:⁴⁶ el SI provee una herramienta de inteligencia de negocios para la generación de reportes más flexibles a la medida del usuario.

B. Pantallas para ingresar datos

El SI contempla el uso de pantallas que facilitan la digitación de información. Estas pantallas se caracterizan entre otras cosas por lo siguiente:

1. El sistema despliega información ya existente dentro de la base de datos. Por ejemplo: al ingresar una ficha clínica y digitar el código individual del paciente, automáticamente el SI despliega información como nombres y apellidos, edad, sexo, nombre del jefe de familia y si el paciente es TM y TP, abuelas comadróna o pertenece a un comité comunitario de desarrollo o a una comisión de plan de emergencia comunitario u otro.
2. Muchas variables, por ser de tipo cualitativo, tienen categorías previamente definidas, esto facilita el ingreso de información a través del diseño de filtros. Por ejemplo: en la pantalla de ingreso de la boleta de censo al ingresar las características de la vivienda, en la variable de tipo de techo se despliega un cuadro con las opciones de terraza, lámina, teja/barro, paja/palma y otro (especificar).
3. Se trata de recolectar e ingresar la menor cantidad posible de variables con campos de texto, intentando que sea información relevante como por ejemplo, la que describe el camino del enfermo.

En la Figura 1 se presenta una pantalla utilizada para el ingreso de información de saneamiento del medio dentro del módulo de censo y croquis.

Figura 1.
PANTALLA DE
INGRESO SI

⁴⁶- Expresión de la lengua inglesa que significa almacenamiento de datos.

C. Otros aspectos relacionados al ingreso de datos

Los asistentes de información (AI) son las personas responsables de ingresar los datos al SI. Idealmente se designan dos AI para cada territorio que implementa *la Estrategia*. Ellos, además de conocer el espíritu, objetivos, tácticas operativas y normas de cada uno de los programas de *la Estrategia*, deben dominar todo lo relacionado con los instrumentos de registro de información, el ciclo de los datos y las etapas de análisis y uso de información. Si bien el SI es una herramienta que facilita el procesamiento y análisis, los elementos teóricos y operativos de *la Estrategia* permiten una mejor comprensión de los datos para abordar situaciones locales.

La Agenda Técnica Operativa Local (ATOL) es el plan anual que define actividades generales y tareas específicas de los AI relacionadas al ingreso de información. A partir de la ATOL y del volumen de los formularios generados en cada PS, los AI definen cronogramas mensuales que garanticen el ingreso oportuno de datos. Algunas actividades se realizan al iniciar la implementación de *la Estrategia*, o una vez por año, como el censo de población, la línea de base y la actualización anual de censo y croquis. Para el ingreso de esta información se definen semanas específicas que acompañan el trabajo requerido a nivel de campo. Otras actividades, como la VFI, VSF, vacunación y suplementación de niños (as) y MEF y monitoreo del crecimiento en niños (as) exigirán programar quincenal o mensualmente el ingreso de datos. Por último, actividades como la consulta clínica, incluyendo el registro de otros servicios, nacimientos y defunciones, demandarán una programación de ingreso más constante (semanal).

IV Análisis e interpretación de información

El procesamiento, análisis e interpretación de la información se desarrolla en base a los conceptos y lineamientos de sala situacional. Esta toma en cuenta tres etapas diferentes, cada una ofrece productos que deben ser utilizados para la toma de decisiones en materia de programación de actividades, estimación de recursos y capacitación de personal.

1. Sala de proceso: Incluye la recolección de datos y su ingreso al SI para su procesamiento, lo cual busca entregar información oportuna, para ello se toma en cuenta lo siguiente:
 - a. Dependiendo del tipo de variable, se pueden utilizar gráficas, cuadros y mapas. En general, para la variable de tiempo se utilizan gráficas lineales, para la de lugar se usan mapas y para la variable de persona cuadros, gráficas de barras y diagramas de sectores (gráfica de pastel o pie).
 - b. Uso de medidas de frecuencia dependiendo del tamaño de la población en riesgo. Por ejemplo, si se analiza información de una comunidad o sector utilizar frecuencias absolutas (número de casos), y si la información corresponde a un municipio o un área geográfica mayor, utilizar el cálculo de tasas.⁴⁷
2. Sala física: Mensualmente organiza datos en categorías de información para poder ser analizados e interpretados en la sala situacional. (Ver Cuadro 4). Busca organizar la información en un espacio físico (PS y DMS) o en medios electrónicos tomando en cuenta el perfil epidemiológico local y las variables universales de tiempo, lugar y persona.

⁴⁷- Una tasa mide la ocurrencia de un evento en una población sobre el tiempo. Se calcula dividiendo el número de casos o eventos en un período de tiempo dado, por la población a riesgo durante el mismo período de tiempo, multiplicando el resultado por una constante de 10n. Se pueden calcular tasas para morbilidad, mortalidad y natalidad. Cuando en la vigilancia se calculan tasas de morbilidad, la medida es llamada tasa de incidencia acumulada, utilizando como denominador la población al inicio del período.

Cuadro 4.
INFORMACIÓN BÁSICA POR CATEGORÍA EN SALA SITUACIONAL FÍSICA (EJEMPLOS)

Información demográfica	Condicionantes determinantes	Riesgos	Daños	Indicadores de Producción de servicios por Programa (ejemplos)	Organización del sector
Croquis del sector	Familias en extrema precariedad	Distribución de familias según diagnóstico principal	Morbilidad general	PIAS	Listado de organizaciones y grupos comunitarios
Población total por comunidad y sector	Abastecimiento de agua	10 riesgos más frecuentes por sector	Morbilidad por ciclo de vida y sexo	Coberturas de vacunación	Autoridades locales del sector
Población desagregada por pueblo, comunidad lingüística, grupo edad y sexo	Disposición de excretas	Riesgos relevantes por sector	Morbilidad seleccionada	Porcentaje de varones de 10 y más años atendidos	Líderes del sector
Grupos prioritarios	Cocina y electricidad por vivienda	Riesgos individuales seleccionados para su identificación en croquis (embarazadas, desnutridos, crónicos, etc)	Mortalidad general	Personas con enfermedad crónica que recibieron consulta por médico(a) en el año	Instituciones que trabajan en el sector
No. de viviendas y familias por comunidad	Actividad laboral principal del jefe/a de familia		Mortalidad por ciclo de vida	PFAS	Terapeutas mayas y populares en el sector
Nacimientos por mes	Participación en trabajo doméstico por integrantes de familia		Discapacidad	Visitas familiares integrales	Otros terapeutas comunitarios en el sector
Defunciones por mes	Alfabetismo		Vigilancia de eventos priorizados	Visitas de seguimiento familiar	Iglesias presentes en el sector
	Escolaridad			No. de familias con diagnóstico rojo en las que se aplicó ruta	
	Proyectos en implementación en el sector			PCOS	
				% de COCODES que participan en Sala Situacional	
				% de tanques lavados	
				Listado de plantas disponibles en el sector	
				Croquis de huerto	

3. Sala situacional: Se el espacio de trabajo en donde se conjugan diferentes saberes para identificar y estudiar situaciones de salud, analizar factores que las determinan, establecer e implementar soluciones de acuerdo al contexto local y monitorear y evaluar los resultados luego de las decisiones tomadas. Su objetivo es desarrollar una cultura de análisis, interpretación y uso de información (institucional y comunitaria), para identificar inequidades en salud y sus determinantes, y aplicar medidas que mejoren las condiciones de salud y vida en la población. Sus elementos básicos incluyen: información demográfica, condicionantes-determinantes, riesgos, daños, indicadores por programa y organización por sector.

A. Insumos para el análisis de información

Para realizar un análisis completo y más exhaustivo de información se tienen datos propios de registros físicos así como reportes generados por el SI.

Registros físicos:

Existen algunos formularios que registran datos propios de cada programa de *la Estrategia*, que no se ingresan al SI, y poseen información valiosa para comprender o interpretar mejor un evento. Esta información es recolectada dentro del PS o fuera de él, en una vivienda o en una reunión con líderes comunitarios. Incorporarla como insumo para el análisis puede aportar elementos clínicos de un paciente, condiciones de una familia o prioridades definidas por líderes de una comunidad. Dentro de estos registros se encuentran los siguientes: hoja de AIEPI, hoja de riesgos materno neonatal, instrumento de plan de emergencia familiar y actas de reunión con líderes comunitarios.

Reportes del SI:

El SI posee dos módulos completos destinados a la generación de reportes para el análisis de información: VSCS y data warehousing.

1. Vigilancia socio cultural en salud:

Permite salidas para desarrollar la sala situacional, monitorear los indicadores de *la Estrategia* e imprimir los reportes del SIGSA. En la opción de sala situacional encontraremos información geográfica, demográfica, condiciones de vida, morbilidad, mortalidad, discapacidad, riesgos individuales y familiares y factores protectores. En la opción de indicadores (Módulo de Reportes Prioritarios) podremos generar los indicadores requeridos para el monitoreo de los tres programas de *la Estrategia*. En la opción de SIGSA se generan los formularios de reporte semanal (SIGSA 18), mensual (SIGSA 5C, 6, 6 Anexo y 7) y anual (memoria anual de labores) para entrega al DMS; el sistema además permite la revisión de SIGSA 3 PS, para identificar de forma rápida el proceso que llevó la consulta, para luego revisar con mayor detalle la ficha clínica de cada persona en particular (PIAS).

2. Data warehousing⁴⁸:

Es una herramienta informática que permite elaborar reportes de una forma más flexible, a la medida del usuario. Consta de un tablero que despliega las variables y acciones disponibles, para que el usuario analice información y genere reportes aprovechando al máximo los datos existentes.

3. El SI también tiene la opción de navegar a partir del croquis de un sector y desde ahí seleccionar una comunidad, posteriormente una vivienda y en ésta escoger una familia, con lo cual muestra su expediente familiar. Al seleccionar a un integrante, despliega el expediente individual de esta persona. Esta aplicación también permite identificar la ubicación de las viviendas de casos especiales tales como embarazadas, niños pendientes de vacuna o desnutridos. De ser necesario, y dependiendo de las exigencias y recursos existentes, también se pueden consultar algunos datos específicos de fuentes secundarias como: censos, encuestas nacionales, estudios o informes específicos, etc.

⁴⁸- Para el mejor aprovechamiento de esta herramienta se requiere de conocimientos más amplios en estadística y análisis epidemiológico de la información.

B. Ámbitos del análisis de información

El análisis de la información se puede realizar básicamente en dos ámbitos: institucional y comunitario. Ambos son de importancia y permiten, no sólo entender mejor la situación de salud, sino abordarla administrativa y culturalmente de forma más pertinente.

Ámbito institucional:

Incluye el análisis que se realiza tanto en el primer nivel, como aquel que involucre a otros niveles de atención en salud (Distrito Municipal de Salud o Dirección de Área de Salud y Nivel Central), con la participación principalmente de personal institucional. En el primer nivel participan los ECOS y EAPAS y en los otros niveles participarán los equipos técnicos de Distrito Municipal de Salud o Dirección de Área de Salud y de la Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel (UPS 1). Este ámbito puede involucrar también a otras instituciones del Estado como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y alimentación, entre otros.

Ámbito comunitario:

Incluye actividades de análisis con la participación de líderes y actores comunitarios, como por ejemplo: comadronas, TM y TP, COCODE, COPEC, etc. Para realizarlo, se requiere adecuar apropiadamente los contenidos a cada audiencia.

C. Actividades para el análisis de información por periodicidad

Reunión de vigilancia: se realiza a nivel del EAPAS semanalmente e incluye:

1. Análisis del SIGSA 18.
2. Vigilancia semanal de casos de diarrea y neumonías (primero se presenta por sector y luego se analiza por distrito o municipio): casos de diarrea comparando semanas epidemiológicas, casos de neumonía y relación Infección Respiratoria Aguda (IRA)/Neumonía.
3. Presentación de casos especiales de la semana por sector. Cada responsable de sector debe informar el seguimiento de los casos especiales:

desnutrición leve, moderada y severa, diarreas con deshidratación, neumonía grave, problemas psico-sociales (violencia o alcoholismo que piden ayuda) y hechizo o malhecho.

4. Otros casos que por su gravedad lo ameriten.
5. Presentar informe o avances de investigación de muertes ocurridas durante la semana.
6. En caso de muertes, realizar análisis de caso, lecciones aprendidas y de decisiones sobre seguimiento.
7. Identificación de problemas y prioridades y seguimiento a planes anteriores.
8. Elaboración del plan de acción: definición de acciones, plazos y responsables.

Sala situacional:

Se realiza a nivel institucional (ECOS, EAPAS, distrito municipal de salud, etc.) y a nivel comunitario. A nivel institucional se desarrolla **mensualmente**, coincide con la programación mensual de actividades y contempla la actualización oportuna de la sala situacional física en las sedes de trabajo de ECOS y EAPAS. Se puede realizar una sala situacional completa o bien una específica para profundizar en el análisis de un programa o táctica operativa.

A nivel comunitario se debe desarrollar una sala situacional por lo menos **una vez cada año** con los siguientes grupos: comadronas, TM y TP, COCODE y COPEC. El contenido general podrá profundizar en alguna categoría o incluir algún tema específico dependiendo de la audiencia con la que se trabaje.

Análisis de situación de salud (ASIS):

Se realiza a nivel institucional (DMS y DAS) al concluir **cada año** de trabajo. Se basa en el estudio de las relaciones entre condiciones de vida y niveles de salud a distintas escalas, político territoriales y sociales. Toma en cuenta aspectos demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales, y su interrelación, así como los recursos existentes para afrontar distintos escenarios. Dentro de *la Estrategia* persigue describir y analizar la situación de salud de la población atendida para identificar y priorizar sus problemas, para posteriormente definir las estrategias a ser aplicadas en la planificación anual, en el marco de las perspectivas que

sustentan *la Estrategia*. Al mismo tiempo, analiza potenciales efectos de intervenciones impulsadas a partir de análisis de situación de años previos.

V Uso de la información

Los sistemas de vigilancia tienen sentido en la medida que éstos permitan tomar mejores decisiones. Esto significa que todo el esfuerzo realizado en la captura, ingreso y análisis de información, debiera traducirse en acciones que transformen la situación de salud. Dentro de *la Estrategia* el uso de la información permite acciones tanto en los tres niveles de análisis-acción, como en aspectos propios de la gestión.

A. Uso de la información en los niveles de análisis-acción

Las tácticas operativas de cada programa incluyen acciones inmediatas dirigidas principalmente a un individuo o una familia. Por ejemplo, así como en una atención clínica la identificación y registro de un caso de mollera caída, debiera traducirse en su referencia a un TMyP, en una VFI la identificación y registro de una situación de alcoholismo en el hogar, debe provocar también una primer respuesta. Además de esta intervención inicial, que la realiza una persona específica de acuerdo a normas establecidas, el ciclo de la información debiera permitir un mejoramiento continuo de las intervenciones en salud de los tres programas de atención. La gran mayoría de veces esta mejora será parte de un proceso colectivo, facilitado por los equipos de salud y con acciones complementarias dirigidas al individuo, familia y comunidad.

En el nivel individual la información se puede utilizar entre otras cosas, para lo siguiente: identificar oportunamente la acumulación de susceptibles a sarampión, dar seguimiento a una paciente referida por complicaciones del parto, anticipar un incremento estacional de casos de malaria, identificar un incremento de las defunciones en un grupo de edad o lugar específico. En el nivel familiar se genera información valiosa de

factores de riesgo y problemas psicosociales. En determinado momento el análisis de factores de riesgo puede ayudar a promover programas locales de educación en salud, que aborden actitudes de rechazo a determinadas acciones como la vacunación o referencia de pacientes. Asimismo, la identificación de problemas psicosociales graves, como el alcoholismo o la violencia, pueden contribuir a fortalecer intervenciones con grupos de familia, sensibilizar a líderes comunitarios o buscar el apoyo en otro nivel.

En el nivel comunitario el uso de información con menos frecuencia tiene efectos inmediatos, ya que existen etapas intermedias de sensibilización y participación. Sin embargo, el uso de la información a este nivel es tan importante como en los otros. El involucramiento de líderes y actores sociales puede facilitar en el corto plazo el desarrollo de acciones puntuales como una AIP, y en el mediano y largo plazo la transformación de condicionantes y determinantes de la salud.

B. Uso de la información para la gestión

Los sistemas de información siempre se han considerado elementos necesarios dentro del ciclo administrativo. Es muy difícil planificar, organizar, dirigir y controlar una organización cuando se carece de información. Muchas veces, mejorar las decisiones administrativas depende del acceso a información oportuna y confiable. La información que se recolecta, procesa y analiza puede tener entonces otro tipo de repercusiones que el personal de salud no debe olvidar. Estas pueden relacionarse ya sea con el abastecimiento de recursos materiales necesarios para la atención, el apoyo de más personal para enfrentar situaciones de emergencia y el reconocimiento o entrega de incentivos a miembros del equipo de salud.

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AI	Asistente de Información
AIP	Atención Interprogramática
CCP	Conducción y Coordinación Programática
CIE-10	Décima Clasificación Internacional de Enfermedades
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
EAPAS	Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
EMYP	Enfermedad maya-popular
ENO	Enfermedad de Notificación Obligatoria
ECON	Equipo de Conducción de <i>la Estrategia</i>
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MMP	Medicina Maya Popular
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PFA	Parálisis Fláccida Aguda
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
ATOL	Agenda Técnica Operativa Local
PS	Puesto de Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SI	Sistema de Información (herramienta automatizada)
TM	Terapeuta Maya

TP	Terapeuta Popular
VFI	Visita familiar integral
VFP	Visita familiar puntual
VSCS	Vigilancia socio cultural de la salud
VSF	Visita de seguimiento familiar

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Instancia Nacional de Salud (2002) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud/ Medicus Mundi Navarra/Fundación Friedrich Ebert. 196 p.
2. Instancia Nacional de Salud (2004) Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 133 p.
3. Medicus Mundi (2008) Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/ Unión Europea.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología (2009) Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Guatemala.
5. Medicus Mundi (2009) Normas para la detección y vigilancia de enfermedades maya-populares. Guatemala: Medicus Mundi/CORDAID/Unión Europea.
6. Instituto de Salud Incluyente (2010) Sistema de Información del Modelo Incluyente en salud (SI) Manual del Usuario. Guatemala: Medicus Mundi/ CORDAID/Unión Europea.
7. Organización Panamericana de la Salud. (2002) Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2ª edición. Washington D.C.: OPS. 44 p.
8. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (CDC) (1992) Principios de Epidemiología. 2ª edición. Atlanta, Georgia.

A. INSTRUMENTOS DEL PIAS

Instrumentos de registro por programa y para gestión del MIS

Instrumento	Actividad que registra	Responsable del llenado	Ingreso al SI	Observaciones
Ficha Clínica	Consulta clínica y controles preventivos (embarazadas, puérperas, recién nacidos y menores de 5 años)	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo de apoyo de primer nivel de atención (EAPAS)	SI	<ul style="list-style-type: none"> – La consulta o el control preventivo puede ser en PS, visita familiar puntual (VFP) o actividad interprogramática (AIP) – Se llena una ficha clínica por consulta o control preventivo – Una copia forma parte del expediente familiar en PS – Por lo menos dos veces por semana se envía otra copia a sede de EAPAS para digitación
Consolidados de vigilancia activa (materna, recién nacido y puérpera)	Riesgos de embarazo, parto, puerperio y recién nacido	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Se llena una hoja por paciente atendido(a) – Forma parte del expediente familiar en PS
Hoja de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	Atención a niño(a) menor de 5 años	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Se llena una hoja por paciente atendida – Forma parte del expediente familiar en PS
Cuaderno para menores de 5 años (SIGSA 5A modificado)	Inmunizaciones, entrega de micronutrientes y desparasitante y control de peso	Auxiliar de enfermería comunitaria	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Constituye un reporte del SI y un instrumento de registro – La atención puede ser en PS, visita familiar puntual (VFP) o actividad interprogramática (AIP) – Se tiene un cuaderno por comunidad – Por lo menos dos veces al mes se envían a sede de EAPAS para digitación
Cuaderno para mujeres en edad fértil (SIGSA 5B modificado)	Inmunizaciones y entrega de micronutrientes a mujeres entre 15 y 49 años	Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Constituye un reporte del SI y un instrumento de registro – La atención puede ser en PS, visita familiar puntual (VFP) o actividad interprogramática (AIP) – Se tiene un cuaderno por comunidad – Por lo menos dos veces al mes se envían a sede de EAPAS para digitación

Formulario de Otros Servicios	Varios servicios como: hipodermia, curaciones, baciloscopías, canalización intravenosa, cirugía menor, entrega de métodos inyectables de planificación familiar y lavado de oídos	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – La atención puede ser en PS, visita familiar puntual (VFP) o actividad interprogramática (AIP) – Se tiene un formulario para el sector que cubre el PS – Por lo menos una vez al mes se envía a sede de EAPAS para digitación
Instrumentos de referencias	<ul style="list-style-type: none"> – Referencia a otro nivel de atención – Referencia a TM y P (visual) 	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Una copia de la referencia se entrega al paciente o acompañante y la otra forma parte del expediente familiar.
SIGSA 1	Nacimientos	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Se registran los nacimientos ocurridos en cada comunidad y sector – La principal fuente de información es la comunidad – Se captan por seguimiento a embarazadas de 9° mes, VFI, reuniones con comadronas o con TM y P, etc. – Semanalmente se envían para ingreso al SI
SIGSA 2	Defunciones	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Se registran las defunciones (incluye mortinatos) ocurridas en cada comunidad y sector – La principal fuente de información es la comunidad – Se captan por VFI, reuniones con comadronas, TM y TP o líderes comunitarios, rumores, etc. – El registro de la defunción se complementa con la autopsia verbal – Semanalmente se envían para ingreso al SI

B. INSTRUMENTOS DEL PFAS
Instrumentos de registro por programa y para gestión del MIS

Instrumento	Actividad que registra	Responsable del llenado	Ingreso al SI	Observaciones
Ficha familiar	Visita familiar integral	Auxiliar de enfermería comunitaria	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Constituye un reporte del SI y un instrumento de registro – Semanalmente se envían varias fichas a sede de EAPAS para digitación – Forma parte del expediente familiar en PS
Ficha de seguimiento familiar	Visita de seguimiento familiar	EAPAS responsable de PFAS Auxiliar de enfermería comunitaria	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Constituye un reporte del SI y un instrumento de registro – Semanalmente se envían varias fichas a sede de EAPAS para digitación – Forma parte del expediente familiar en PS
Instrumento del plan de emergencia familiar (PEF)	Elaboración del PEF en embarazada	Auxiliar de enfermería comunitaria	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Se llena desde el primer control que se tiene de la embarazada – La información se verifica y actualiza en los siguientes controles, incluyendo la visita del noveno mes – Forma parte del expediente familiar en PS
Instrumentos para la investigación de muertes	Investigación de defunciones	Auxiliar de enfermería comunitaria Médico(a) o enfermero(a) profesional del equipo EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Existe un instrumento para investigación de defunciones en menores de 1 año (incluye mortinatos), de 1 a 4 y mayores de 5 años. Para mujeres entre 10 y 54 años se utilizan los formularios SIGSA 2A, 2B o 2C.
Instrumento para la referencia interna al PS	Referencia al PS de pacientes identificados en VFI, VSF o visita familiar puntual	Auxiliar de enfermería comunitaria EAPAS responsable de PFAS	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Se utiliza un instrumento por familia – Una copia se entrega a un miembro de la familia y la otra se lleva al PS para el expediente familiar

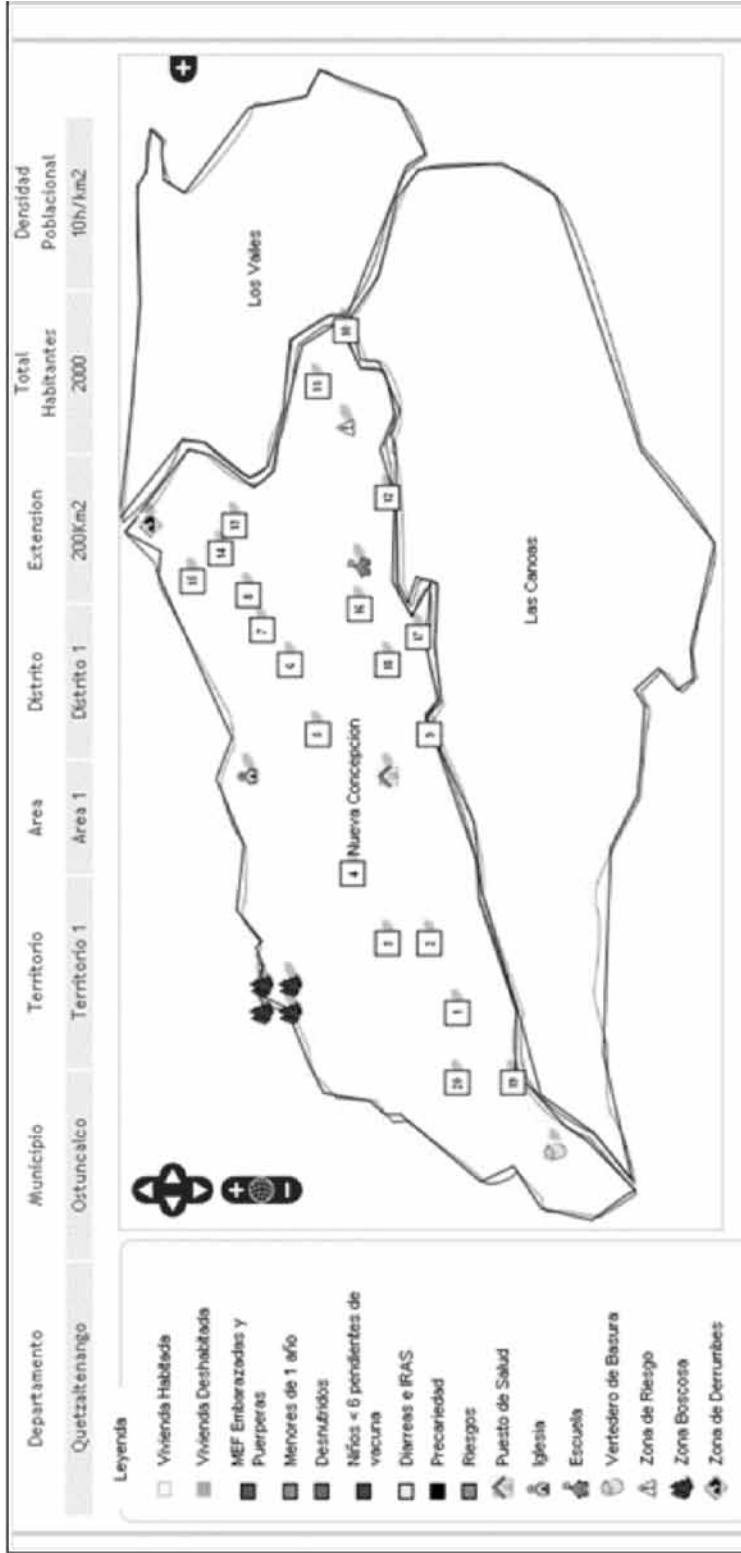
C. INSTRUMENTOS DEL PCOS: Instrumentos de registro por programa y para gestión del MIS

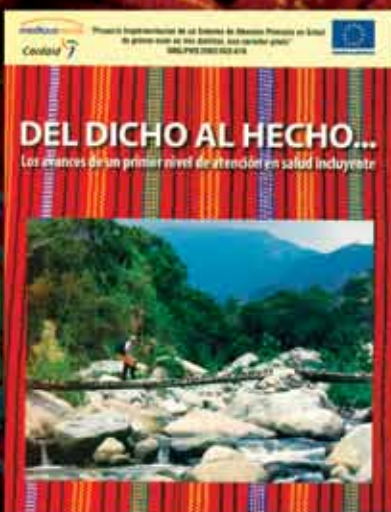
Instrumento	Actividad que registra	Responsable del llenado	Ingreso al SI	Observaciones
Croquis	Croquis que incluye accidentes geográficos, vías de comunicación, viviendas y otros edificios de uso comunal	Auxiliar de enfermería comunitaria Responsable de Sector	SI	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza un croquis por comunidad al inicio de la implementación de la Estrategia Se actualiza anualmente
Boleta de censo inicial	Censo inicial que permite conocer características demográficas y condiciones generales de vida de la población (familias e individuos) de las áreas de influencia del MIS	Auxiliar de enfermería comunitaria Responsable de Sector	SI	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza un censo inicial al comienzo de la implementación de la Estrategia en un sector Existe cierta información que se actualiza anualmente a través de VFI o boleta de actualización de censo Permite construir el código familiar y registrar el código individual Brinda información clave para la implementación de los tres programas de la Estrategia
Boleta de actualización de censo	Actualización de censo	Auxiliar de enfermería comunitaria Responsable de Sector	SI	<ul style="list-style-type: none"> Permite actualizar anualmente la información de familias e individuos por comunidad y sector Registra la migración temporal y permanente
Boleta de línea basal	Línea de base que brinda la información para construir previo al inicio del MIS indicadores de salud	Auxiliar de enfermería comunitaria Responsable de Sector	SI	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza junto al censo inicial Colecta información de ocupación, inmunizaciones y atención materno infantil
Ficha comunitaria	Diagnóstico comunitario	Auxiliar de enfermería comunitaria EAPAS responsable de PCOS	NO	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza después de haber concluido el censo Colecta información sobre vías de acceso a la comunidad, servicios básicos, educación, servicios de salud, desechos sólidos, desastres y aspectos socioeconómicos.
Instrumentos de registro de las enfermedades o casos que atienden los(as) TMYTP	EMYP atendida por TMYTP	TMYTP registran casos Responsable de sector y AEC consolidan información	SI	<ul style="list-style-type: none"> Se tiene un instrumento para TMYTP alfabetos y otro para no alfabetos Permite el registro de 51 problemas de salud En cada reunión trimestral de intercambio con TMYTP se consolida información Se ingresa información en archivo específico en Excel

**D. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN:
Instrumentos de registro por programa y para gestión del MIS**

Instrumento	Actividad que registra	Responsable del llenado	Ingreso al SI	Observaciones
Agenda Técnica Operativa Local (ATOL)	Resultados, temas, actividades y tareas anuales con plazos para los ECOS y EAPAS	ECOS EAPAS	NO	<ul style="list-style-type: none"> – Se elabora en enero de cada año – EAPAS elabora anteproyecto – Se discute en taller con ECOS
Programación mensual	Tareas, productos y cronogramas mensuales para ECOS y EAPAS	ECOS EAPAS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Toma en cuenta la ATOL, memo de prioridades y actividades emergentes – Para la programación de ECOS y EAPAS también toma en cuenta el análisis de indicadores de <i>la Estrategia</i> <p><i>Nota:</i> el memo de prioridades establece las actividades más importantes de cada mes y aquellas donde se requiere la participación conjunta de ECOS, EAPAS y Equipo técnico de Distrito.</p>
Formulario BRES	Balance de requisición y envío de medicamentos	ECOS	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Establece niveles de abastecimiento mínimo para cada medicamento – Diariamente descarga en base a lo registrado en ficha clínica – Mensualmente se realiza balance para solicitar medicamentos al DMS
Envío de medicamentos a PS	Medicamentos e insu- mos enviados mensualmente a cada PS	Asistentes de información	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Mensualmente se envían medicamentos de DMS a PS, estos envíos se ingresan al SI
Requisición de biológicos	Vacunas y jeringas usadas en PIAS	Enfermera(o) profesional	SI	<ul style="list-style-type: none"> – Mensualmente se envía requisición de vacunas y jeringas a DMS

EJEMPLO DE MAPA DE RIESGO QUE GENERA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN





"Proyecto consolidación de un modelo de atención de salud incluyente de primer nivel en tres distritos, con carácter piloto, para la incidencia política en el sistema de salud"
ONG-PVD/2007/133-546



Guatemala: medicusmundi.guate@gmail.com
Tel: 502 40126778
España: navarra@medicusmundi.es
Tel: 034 948 131537

