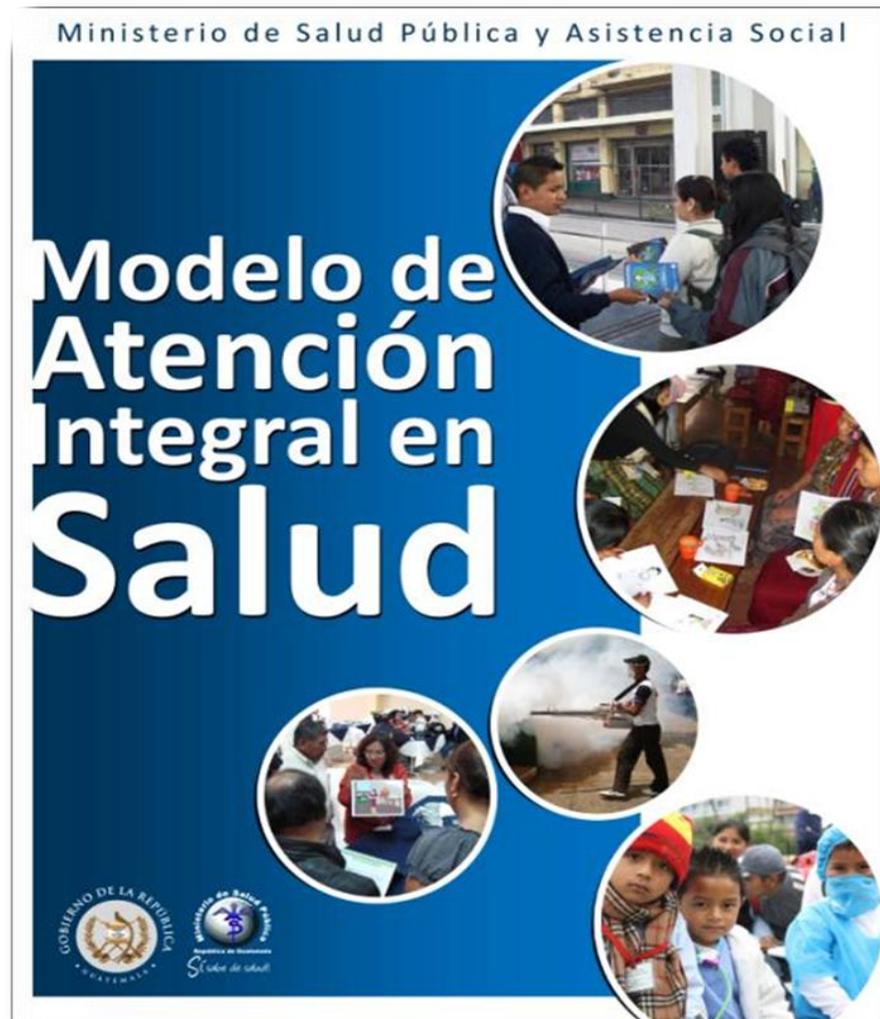


MSPAS



Ludwig Werner Ovalle
Ministro de Salud

Silvia Palma
Viceministra de Salud

Guillermo Echeverría
Viceministro de Salud

Pedro Rosales
Viceministro de Salud

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----------|
| Presentación..... | 4 |
| Contexto histórico..... | 6 |
| Porque es necesario el cambio? | 8 |
| Capítulo I: Aspectos Generales..... | 10 |
| Definición del Modelo..... | 10 |
| Objetivo..... | 10 |
| Marco legal..... | 11 |
| Marco Político..... | 12 |
| Principios del Modelo..... | 13 |
| Capítulo II: Ámbitos de acción..... | 15 |
| Rectoría..... | 15 |
| Gestión..... | 16 |
| Provisión de Servicios..... | 17 |
| Capítulo III: Red de Servicios de Salud del MSPAS..... | 19 |
| Características..... | 19 |
| Organización de la Red..... | 20 |
| Articulación de la Red..... | 23 |
| Sistema único de información..... | 23 |
| Sistema único de registro..... | 24 |
| Sistema de Referencia y Contrarreferencia..... | 25 |
| Sistema de Logística..... | 26 |
| Sistema de Planificación..... | 28 |
| Capítulo IV: Ordenamiento Territorial de la Red de Servicios de Salud..... | 30 |
| Red Municipal..... | 30 |
| Red Departamental..... | 31 |
| Red Regional..... | 32 |
| Red Nacional..... | 32 |
| El proceso de ordenamiento y distribución de la red..... | 33 |
| Capítulo V: Gestión y Coordinación..... | 35 |
| Elementos de la Gestión..... | 36 |
| Enfoque sistémico de la Gestión..... | 36 |
| Ciclo administrativo..... | 37 |
| Funciones..... | 37 |
| Estructura organizativa y funciones..... | 38 |
| Capítulo VI: Implementación..... | 39 |
| Momentos previos..... | 39 |
| Fases de la implementación..... | 41 |
| Niveles de Implementación..... | 42 |
| Financiamiento..... | 42 |
| Capítulo VII: Condiciones de para la implementación..... | 44 |
| Anexos: Fichas Técnicas de los Servicios de Salud..... | 47 |

Presentación

Día a día hombres y mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos, inician sus jornadas con ilusiones, desafíos, entusiasmo y esperanza, en busca de un mejor futuro con bienestar y desarrollo, enfrentándose a adversidades y desavenencias, cargando una herencia histórica de desigualdad, exclusión y discriminación social.

Los guatemaltecos y las guatemaltecas son portadores de derechos políticos civiles, económicos, sociales y culturales entre los que se encuentra el derecho a la salud.

Considerar la salud como un derecho individual, un bien común y como elemento fundamental de la seguridad humana, implica generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto significa disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La población del país, se merece la mejor atención posible a su salud, esto significa desarrollar las mejores acciones en promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación, lo que requiere de un número suficiente de establecimientos, recurso humano, medicamentos y suministros en los servicios públicos de salud que dirijan sus servicios a las persona, a las familias y a las comunidades.

Esto, parte por reconocer de que con el nacimiento del nuevo siglo, la población guatemalteca vive los efectos de una transición demográfica, epidemiológica y nutricional, las cuales son condicionadas por un contexto que ha adquirido nuevos matices. Una población que se ha ido envejeciendo, una migración que va avanzando dejando a su paso cinturones marginales en las grandes urbes y familias fragmentadas; Una intensa y desordenada urbanización en la que la situación de riesgo es constante; Una fuerte influencia de las grandes compañías transnacionales; Un crecimiento económico que ha sido lento e inestable; Una crisis económica y financiera que ha alcanzado escala mundial; una constante desigualdad de ingresos en las familias, el elevado desempleo o el aumento de la economía informal; Una deuda externa creciente y una progresiva degradación del medio-ambiente a nivel mundial, cuyos efectos sitúan a Guatemala en las más altas condiciones de vulnerabilidad.

Entender la salud como el producto social resultante de la interacción de estos factores sociales, económicos, culturales y ambientales, requiere de acciones que transformen los determinantes de la salud de la población: Pobreza; Desempleo; Vivienda, Seguridad ciudadana; Etnicidad y ruralidad; medio ambiente; entre otros.

Ante este escenario, la salud de la población es afectada no solo por enfermedades infecciosas, nutricionales y maternas e infantiles, sino que ellas, van sumándose otros problemas de mayor complejidad y costo, como el VIH/SIDA, Enfermedades cardiovasculares, obesidad, Cáncer, diabetes, insalubridad Mental, Drogadicción y Violencia.

Para enfrentar estos escenarios y contribuir a mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos, es necesario iniciar un proceso de cambio estableciendo objetivos y estrategias apropiadas, con el propósito de obtener mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar el logro de los resultados en concordancia recursos necesarios, constituyéndose en un reto que trasciende períodos de gobierno y

se convierte en un reto de nación con el propósito de que alcancemos los mayores beneficios en salud de los habitantes de este país.

La salud y la vida deben encararse hoy como una finalidad esencial, como un bien a favor del cual hay que actuar de manera explícita y programada.

El viraje hacia las urgentes necesidades de las personas pobres y desfavorecidas, invirtiendo en la salud pública y privilegiando programas sanitarios de tipo comunitario y familiares, formas participativas de asistencia, enfatizando la prioridad de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, demuestra que la salud puede progresar incluso donde el financiamiento no es alto, siempre que haya un compromiso del Estado y de la comunidad para crear servicios diseminados y accesibles a todos, para difundir la enseñanza y para hacer frente a las causas sociales de las enfermedades.

Es necesario construir una red de servicios que responda a los derechos universales de la salud, con equidad, calidad y humanismo que se fundamente en un contrato social para la salud a nivel nacional pero con énfasis primordial a nivel municipal para fortalecer la gestión territorial de salud.

La búsqueda del acceso universal de la salud en el marco de garantizar el ejercicio del derecho a la salud se debe caracterizar por crear condiciones para:

- a. Mejorar e incrementar la **Disponibilidad de servicios públicos de salud**, así como de programas específicos dirigidos a atender la comunidad, la familia y las personas, de acuerdo al perfil de salud y prioridades vigentes, con este fin el Ministerio de Salud deberá contar con un número suficiente de establecimientos.
- b. Crear condiciones de **Accesibilidad de servicios de salud** a todos y todas sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, cumpliendo con el mandato constitucional y del código de salud de gratuidad de los servicios, y proporcionando a la población la información necesaria para el cuidado de su salud y la elegibilidad de los servicios que requiera.
- c. **Aceptabilidad de servicios de salud** los cuales deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- d. **Calidad.** Los establecimientos, y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, garantizando un trato digno, tratamientos adecuados y resolución de los problemas de salud.

En este contexto el Ministerio de Salud propone el Modelo de Atención Integral en Salud con el propósito de contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud, mediante la implementación de mecanismos para: orientar el ordenamiento territorial; la re-organización, articulación y desarrollo de la Red de Servicios; el fortalecimiento del Recurso Humano; la gestión y el financiamiento institucional. Un Modelo de Salud perfectible, que sea lo suficientemente versátil como para adaptarse en los escenarios locales. Un Modelo capaz de trascender de las paredes de las clínicas o los servicios de salud y que pueda desarrollarse justamente, ahí donde las personas inician sus jornadas de trabajo, donde las personas ríen, lloran, estudian, se alimentan, aman y viven con entusiasmo y con la esperanza de un mejor país.

Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud

CONTEXTO HISTORICO

En los últimos 15 años, se han experimentado múltiples transformaciones sectoriales entre las cuales podemos destacar:

- En 1997, en el marco del proceso de Reforma Sectorial de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impulsó el Programa de Extensión de Cobertura en el primer nivel de atención, mediante la contratación de ONG's como Administradoras y Prestadoras de servicios de salud, llegando a lugares que antes no tenían acceso, con énfasis en la población rural, más pobre, y predominantemente indígena. Ese tipo de reforma ha generado importantes logros en términos de reducción de la brecha de acceso a la salud, ya que para enero 2009 los convenios suscritos entre el MSPAS y las ONG's que prestan servicios básicos de salud cubren a 425 jurisdicciones con 9,096 comunidades, lo cual implica que se está atendiendo a 920,419 familias que conforman 4.6 millones de habitantes en 26 áreas de salud. A pesar de los logros en acceso a servicios de salud hoy en día estos no son suficientes para atender las necesidades de una población que se caracteriza por una demanda creciente en un escenario de transición demográfica, nutricional y epidemiológica, los paquetes básicos definidos y los criterios económicos ya no son suficientes para definir la prestación de servicios a hombres y mujeres en todas las etapas de su vida.
- En el año 2002 se desarrolló en áreas geográficas seleccionadas y en función de indicadores de daños a la salud, un proyecto de extensión de cobertura en el segundo nivel de atención, (Proyecto Finlandia), fortaleciendo para ese propósito a los centros de salud con la dotación de recursos para atención en horarios de 24 horas y de fin de semana. Este esfuerzo se complementó, posteriormente, con la implementación del Modelo Integral de Gestión en las mismas áreas geográficas, canalizando recursos para mejorar las capacidades gerenciales del personal en el ejercicio de la rectoría en salud, el mejoramiento de la infraestructura física, la dotación de mobiliario y equipo, impulsando todo un proceso de movilización social y de recursos locales para el mejoramiento de la salud.
- En el año 2003 se promueve en el MSPAS, con el apoyo técnico y financiero de OPS y ASDI el enfoque de salud de pueblos indígenas a partir del movimiento generado desde Washington (iniciativa SAPIA) con el apoyo financiero y técnico de OPS, PNUD los gobiernos de Suecia (ASDI) y Finlandia. Se concretizó en el Ministerio con el diseño y la creación del Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. En estos años se han desarrollado una serie de documentos técnicos que han ayudado en el desarrollo de marcos conceptuales para la salud de pueblos indígenas; se trabajó una propuesta de modelo de atención intercultural en la Dirección general del SIAS; este modelo teórico se operativizó en el segundo semestre de ese año en el Área de salud Ixil; que es la primera área de salud con carácter de territorio indígena en el país, esta iniciativa terminó con una propuesta de abordaje intercultural desde la construcción de redes sociales para la salud.
- Durante los años 2005, 2006 y 2007, se continuó trabajando en el diseño e implementación de un Modelo Básico de Gestión y Atención Integral en Salud, que estructuraba la organización del nivel operativo, representado por las Áreas de Salud, en cuatro Gerencias, consistentes en Provisión de Servicios, Control y Vigilancia de la Salud, de Recursos Humanos y Administrativo Financiera, planteándose los recursos pertinentes para el fortalecimiento de su capacidad operativa y se integraron los equipos de seguimiento, pero por diversas razones no se consolidó. Además, en el ámbito del Modelo de Atención, se organizó la red de servicios en tres Niveles de Atención y se

actualizaron las normas programáticas para ser implementadas en Centros y Puestos de Salud, con la respectiva capacitación al personal mediante un Diplomado, proceso que tampoco tuvo el seguimiento necesario para verificar su cumplimiento y apropiación.

- Durante los años 2008 y 2009, en el contexto del Plan de Gobierno y de las Políticas y Lineamientos Estratégicos del MSPAS, se brinda un fuerte impulso al fortalecimiento de la red y a la gratuidad de servicios de salud. Para ello se dotó a un número significativo de Centros y Puestos de Salud con personal, equipo, medios de transporte y remozamiento de su infraestructura física, a fin de habilitarlos para atención en horarios ampliados de fin de semana y de 24 horas, así como para atención del parto no complicado. Paralelamente dio inicio el fortalecimiento de las unidades de mayor capacidad resolutive y complejidad de atención de la red, mediante la implementación del Plan Hospitales Solidarios, mejorando de esta manera la accesibilidad funcional a la salud, así como la integralidad, calidad y calidez de atención a los usuarios.
- A finales del año 2009, el MSPAS con la decidida intensión de las autoridades de turno para el diseño e implementación de políticas públicas que fortalecieran el enfoque para la salud de pueblos indígenas y la interculturalidad, se crea a través del acuerdo Ministerial 1632, una unidad con carácter político, con dependencia directa del despacho ministerial en enero de 2010 se crea el reglamento que da vida operativa al acuerdo mencionado anteriormente.

La sistematización de esas experiencias e iniciativas, el conocimiento de la situación de salud del país, su realidad multicultural y multilingüe y de las características operativas del sector, unidas a los mandatos legales, políticos y estratégicos en materia de salud, han constituido elementos de base para formular la actual propuesta de Modelo de Atención Integral en Salud. Se trata de trabajar con un nuevo enfoque de organización, de postulados y principios para resolver problemas de actualidad, pero con visión de futuro; es decir, sin que ello implique olvidar la dinámica que caracteriza al proceso de salud enfermedad.

En el marco de la discusión y el diseño del Modelo, merece especial reconocimiento el rol desempeñado por el equipo técnico del Ministerio de Salud, con el apoyo de la cooperación internacional, mereciendo especial mención: ASDI, OPS/OMS, USAID a través de los proyectos Mejoramiento de la Atención en Salud -HCI-, Diálogo para la Inversión Social en Guatemala y el aporte hecho por ISIS/Médicos Mundi Navarra para la configuración de la red municipal de servicios de salud es fundamental para este modelo.

PORQUE ES NECESARIO EL CAMBIO...

Las estructuras sociales y económicas de Guatemala, históricamente determinan condiciones que han llevado a un limitado acceso a servicios de salud, acentuado especialmente en poblaciones indígenas, rurales y pobres convirtiéndose estas en rasgos históricos de la exclusión social en salud. Algunos de estas condiciones se citan a continuación.

En el ámbito estructural:

- a) Un entorno sociopolítico de exclusión social, discriminación, pobreza y violencia, así como la construcción social de un entorno de riesgos que lleva a sufrir desastres naturales, que afectan la dinámica institucional.
- b) La centralización de la toma de decisiones políticas y de los procesos de Planificación y presupuestación.
- c) Planes locales, que no incluyen el análisis de las determinantes políticas, económicas, culturales y sociales de la salud.
- d) Un imaginario social que concentra su demanda al sistema hospitalario y de corto plazo.
- e) La exclusión de los sistemas de salud indígenas ha condicionado el desarrollo aislado de experiencias culturales.
- f) Débil inclusión de la perspectivas de Género y Étnica
- g) Una imagen deteriorada del sector público e institucional que genera desconfianza en la población y poca participación social, y comunitaria en el desarrollo de esfuerzos conjuntos.

En el ámbito institucional:

- a) Un Sistema de atención de salud biologicista, que privilegia lo curativo y hospitalario como el eje conductor del sistema.
- b) Debilidad institucional para el ejercicio de la Rectoría sectorial.
- c) Reducido financiamiento público de la Salud y baja intensidad en la alineación de la cooperación en salud.
- d) Una distribución del gasto inequitativa que asigna los escasos recursos a las intervenciones curativas frente a las preventivas.
- e) Inequidad de distribución del gasto al concentrar éste en áreas urbanas en comparación con las rurales.
- f) Servicios de salud escasamente articulados con un débil proceso de referencia y respuesta.
- g) Incipiente sistema de gestión por resultados, con un débil sistema de supervisión, monitoreo y evaluación, lo que impide la identificación de avances o limitaciones, la toma de decisiones y la implementación de acciones correctivas de forma periódica y oportuna.
- h) Formación centralizada de recursos humanos desarrollada de una forma tradicional.
- i) La formación del recurso humano no considera las competencias necesarias para el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública.
- j) Falta de la carrera sanitaria provoca desequilibrio en los procesos administrativos y de atención a las personas, lo que dificulta la sostenibilidad y desarrollo de los procesos.
- k) Abandono de la infraestructura sanitaria que no dispone de un mantenimiento periódico.

En este contexto el MSPAS propone el Modelo de Atención Integral en Salud con el propósito de contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud, mediante la implementación de mecanismos para:

- a) orientar el ordenamiento territorial,
- b) la re-organización y desarrollo de la Red de Servicios,
- c) el fortalecimiento del Recurso Humano
- d) Gestión y Financiamiento institucional

CAPITULO I: ÁSPECTOS GENERALES

DEFINICION DEL MODELO

El Modelo de Atención Integral en Salud enmarca la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias. En este modelo se hace énfasis en la participación de la población en el proceso generación de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.

El Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el MSPAS se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.

OBJETIVO

Instituir los lineamientos generales del MSPAS que orienten el ordenamiento del territorio, la re-organización y desarrollo e integración de la Red de Servicios, el fortalecimiento del Recurso Humano, así como la gestión y el financiamiento institucional, que contribuyan al acceso universal, en el ejercicio del derecho humano a la salud.

MARCO LEGAL

El Modelo tiene un sustento legal que es indispensable conocer, previo a la descripción de los ámbitos y principios del Modelo.

| | |
|---|--|
| Constitución Política de la República de Guatemala | Artículo 1. En su capítulo II referente a los Derechos Sociales, en su sección séptima, establece el derecho a la salud |
| Código de Salud | artículo 18 establece de manera explícita que el Ministerio de Salud debe definir un Modelo de Atención integral en salud, artículo 19 se decretan dos niveles de organización: el Nivel Central y el Nivel Ejecutor. El Acuerdo Gubernativo 115-99 |
| Reglamento Orgánico Interno | Decreto Legislativo No. 14-2002 |
| Ley General de Descentralización | Decreto Legislativo No. 12-2002 |
| Código Municipal | Decreto legislativo 42 – 2001 |
| Ley de desarrollo social y su política. | Decreto legislativo 32 2010 |
| Ley de Maternidad Saludable | Decreto legislativo 32 2010 |
| Acuerdo Ministerial SP-M 1270-2008 | Modelo de Atención y Gestión de Hospitales Solidarios |
| Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional | Decreto legislativo 32 -2005 |
| Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 | Unidad de los Pueblos indígenas e interculturalidad |
| Acuerdo Ministerial No.745-2010 | Unidad de Género de la Salud dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud. |

Compromisos Internacionales:

1. Estrategia de Atención Primaria en Salud, signada en Alma Ata y sus renovaciones.
2. Convenio 169 OIT que establece el reconocimiento de las diferencias y la existencia de los pueblos indígenas, el derecho a una identidad y el reconocimiento a la práctica de sus tradiciones en salud.
1. Objetivos de Desarrollo del Milenio
2. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer CEDAW
3. de la Mujer CEDAW
4. Plan Estratégico a plazo medio 2008-2013 de la OMS
5. Agenda de Salud de las Américas.
6. Agenda y plan de salud de Centroamérica y República Dominicana

MARCO POLITICO

Para que el Modelo sea una respuesta institucional viable desde la perspectiva sectorial considera los siguientes elementos:

1. Políticas, planes y Estrategias de Salud.
2. Proceso de modernización de los servicios de salud.
3. Agenda Nacional de Salud.
4. Acuerdos de Paz.

PRINCIPIOS DEL MODELO

Se entiende por principios las ideas fundamentales o puntos de partida de un proceso. Para el caso del presente Modelo sus principios dan sustento a los lineamientos y actuaciones del MSPAS. El Modelo se basa en los principios siguientes:

a. Primacía de la persona: Parte del reconocimiento de las personas como sujetos de derechos. El responder a los derechos humanos en general, y al derecho humano a la salud en particular, está sobre cualquier otro interés y es una responsabilidad del Estado organizar sus servicios para atender las necesidades del individuo y de las comunidades.

Figura 1. El sistema al servicio de las personas.



b. Pertinencia cultural: En un contexto de nación pluricultural, multilingüe y multiétnica, es el respeto, mutuo conocimiento y diálogo entre las culturas, haciendo énfasis en los elementos de convergencia. La Pertinencia cultural es un proceso en constante construcción. Sus elementos son: ciudadanía, derecho a la diferencia, la interacción positiva, la unidad en la diversidad y el cumplimiento de los derechos humanos sin discriminación alguna, sobre todo aquella basada en la cultura, el género, la diversidad, la etnia, la pobreza, la ruralidad, eliminando las barreras que impiden el acceso Universal a la Salud.

c. Participación social y ciudadanía: El Modelo reconoce que para las personas resulta más saludable tener participación en grupos organizados, que establecen nexos solidarios dentro del propio vecindario y responden colectivamente a las necesidades de Salud. Se promueve un escenario que facilite su inclusión en procesos democráticos que implican una directa participación en la institución y en las políticas de Salud.

Se reconoce que cada derecho genera una obligación, en este caso, la obligación de interesarse en los procesos de construcción de la salud.

Figura 2. Participación Comunitaria



d. Equidad: Es el compromiso de dar respuesta a los problemas de salud, asignando los recursos en función de las necesidades y en proporción de las exclusiones por motivo de cultura, género, diversidad, etnia, pobreza, ruralidad, contribuyendo a eliminar las barreras que impiden el acceso Universal a la Salud.

e. Solidaridad: Bajo este principio se propicia que la sociedad guatemalteca se una en la búsqueda de la meta común de la salud para todos, en el entendido que la salud es una condición de interdependencia y se requiere una contribución individual y colectiva para su logro.

f. Dignidad: Toda persona, como fin en sí misma y como poseedora de un valor intrínseco, debe ser respetada en sus derechos individuales, creencias, cultura, costumbres, espiritualidad, preferencias, filiaciones, condición económica, pertenencia étnica, condición de salud, etc

h. Universalidad: Significa que todas las personas tienen acceso a la atención pública en salud, en forma equitativa, integral, continua, permanente y de calidad en todo el territorio nacional, indistintamente de sus condiciones sociales, económicas y culturales.

i. Integralidad: Esto implica que el MSPAS tiene la capacidad para el abordaje completo de los problemas de salud de las personas según las etapas de su curso de vida, en las esferas, cultural, social, psicológica y biológica, tanto en lo individual, familiar como comunitario. Esto además implica los aspectos de promoción de la salud, prevención de la morbilidad, curación y rehabilitación, así como la organización de la respuesta del sistema.

K. Transparencia: La gestión transparente abarca los procesos y procedimientos de: a) integridad y ética pública para prevenir y solucionar conflictos de interés e implantar regímenes disciplinarios internos; b) eficiencia y efectividad de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de obras, mediante la organización de procesos y procedimientos que garanticen la mejor calidad y relación costo-beneficio; c) facilitación de instancias para la participación ciudadana en la vigilancia y control de las actividades públicas; d) control del gasto público mediante el fortalecimiento de las instancias de auditoría social y estatal; e) investigación y sanción efectiva, administrativa y penal, de los actos de corrupción.¹

L. Calidad: Es hacer las cosas bien y con los insumos necesarios, que garanticen la seguridad para el que recibe un servicio o un procedimiento y la satisfacción de quien lo presta. Esa calidad debe estar reflejada por la opinión del paciente, del entorno familiar, de la comunidad y del trabajador, que se traduce en los resultados de satisfacción.

M. Igualdad de Género: El Modelo implica consideraciones específicas a las necesidades básicas y estratégicas en salud integral para mujeres y hombres, que han sido valoradas de la misma manera y diferenciadas en su análisis, por la forma de ser mujer u hombre en una cultura determinada. Significa que sus derechos, responsabilidades y oportunidades, en salud, no dependen del hecho de haber nacido mujer u hombre, sino de su construcción social; por tanto el ejercicio del derecho a la salud se construye en base a la no discriminación.

Figura 3. Principios



¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Política Pública de Gestión Transparente.** Guatemala: MSPAS, 2010. pp. 5.

CAPITULO II: ÁMBITOS DE ACCIÓN DEL MODELO

El Modelo tiene tres ámbitos (ver figura 4) siendo éstos: rectoría, gestión y prestación de servicios.

Figura 4. Ámbitos del Modelo de Atención



Rectoría:

El Ministerio es el rector de las políticas en materia de salud y asistencia social, así como de su implementación y ejerce, en consecuencia, la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional.

Este Modelo identifica, como función indelegable del MSPAS, el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional y el liderazgo sectorial en el territorio. Ello con la finalidad de incidir o coadyuvar sobre los condicionantes y determinantes ambientales, sociales y culturales de la salud, las amenazas y los riesgos de enfermar y morir, siendo su aplicación a nivel nacional y local.

En la construcción del liderazgo sectorial se debe crear el entorno para acciones basadas en la participación social, y actuaciones institucionales de regulación, vigilancia y cumplimiento de normativas sanitarias.

En términos de rectoría el Modelo reconoce los componentes de direccionalidad y territorialidad (ver figura 5).

Figura 5 Componentes y elementos del ámbito de la rectoría dentro del Modelo Integral de Atención en Salud



a. Direccionalidad: Se entiende como la capacidad de ejercer la autoridad sanitaria y el liderazgo intersectorial en salud. Facilita consensos sobre una visión compartida de la salud en el territorio, a partir de la cual se definen las políticas y planes sectoriales, y prioridades alineadas con el plano nacional, pero válidas para las características del nivel local. Asimismo, se establecen acciones reguladoras que garantizan el que hacer institucional o sectorial vaya encaminado al logro de los resultados trazados.

b. Territorialidad: Es el eje que busca ajustar las actuaciones institucionales a las diferentes condiciones, necesidades y recursos de cada zona geográfica y grupo de población.

Implica el ajuste de la red de servicios y sus carteras de atención a las regiones que componen el territorio y la fijación de compromisos y metas de gestión y atención para cada una de estas regiones o redes articuladas de servicio. Todo esto, partiendo del establecimiento de un proceso de Planificación territorial que contemple la participación social en todos los momentos del proceso.

Gestión:

El ámbito de la gestión establece el correcto funcionamiento de las instancias de conducción del Modelo que implica: a) un enfoque sistémico de la gestión, basado en procesos y orientado a resultados, dentro de un marco de planificación territorial; b) un marco de funcionamiento estandarizado, con operaciones y procedimientos documentados; c) una estructura organizativa horizontal, eficiente y completa, que permite al nivel nacional, departamental y municipal dirigir las acciones de rectoría, provisión y gestión; d) un sistema único de información que integre y articule los ámbitos del Modelo; e) un plan de desarrollo de los RRHH; f) instrumentos normativos, de gerencia; g) un sistema de logística que permita el abastecimiento adecuado y oportuno; y h) un sistema de vigilancia epidemiológica entre otros.

Figura 6.
Componentes y elementos del Ámbito de la Gestión



Los componentes del ámbito de la gestión son:

a. Desarrollo Institucional: Este eje agrupa las acciones para mejorar la capacidad operativa del sistema de salud en la entrega de servicios, entre las cuales están el establecimiento de sistemas de planificación y programación y presupuesto, la supervisión, seguimiento y evaluación continua, la investigación, la gestión de la calidad. Para la entrega de más y mejores servicios de salud y la gestión por resultados alineando los recursos y las acciones hacia el logro de los efectos deseados. Construyendo así un modelo institucional de gestión por resultados.

Estas mejoras favorecen a que la asignación de recursos se vincule con: i) la producción generada; ii) a que se le dé seguimiento al cumplimiento de objetivos y metas; iii) a medir el desempeño a través de indicadores y parámetros objetivos; y iv) a que las unidades asuman la responsabilidad de ejercer la conducción y el control para obtener resultados, identificar brechas, investigar sus causas y poner en marcha planes para el mejoramiento continuo.

b. Administración con Transparencia: Implica la aplicación de la Política Pública de Gestión Transparente del MSPAS, la cual supone implementación de acciones para el buen uso de los recursos humanos, físicos y financieros, y desarrollar la adecuada logística de insumos y suministros. En este apartado se debe considerar el derecho de la población a fiscalizar el proceso de construcción de la salud en el que interviene.

Prestación de Servicios:

La prestación de servicios representa el cumplimiento de las obligaciones del Estado en términos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Figura 7. Componentes y elementos del ámbito de Prestación de Servicios



El Modelo establece dos componentes fundamentales de la prestación de servicios:

a. Salud Pública: Entendida como las acciones de alcance colectivo que el Estado desarrolla para proteger y mejorar la salud de la población, a través de:

i. La vigilancia de la salud es necesaria para el fortalecimiento de las capacidades de producción, procesamiento y análisis de información, no solamente en el ámbito de la salud, sino de los condicionantes y

determinantes ambientales, sociales y culturales de la salud, bajo un enfoque territorial que permita la estratificación de la población de acuerdo a la potencialidad de tener una larga existencia de calidad, o bien por la posibilidad de enfermar o de morir.

ii. La promoción de la salud, entendida como las acciones coordinadas y participativas para ofrecer mecanismos que logren que la población incremente su calidad de vida, aumente su capacidad de ejercer control y mejorar su propia salud, cumpliendo con las corresponsabilidades que le competen.

iii. La regulación y el control sanitario, a través de la generación, revisión y cumplimiento de normativa que protege la salud de los habitantes de aquellas actuaciones públicas o privadas que generan riesgos o amenazas a la salud.

b. Atención en salud: son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria.

i. Prevención de las enfermedades: El modelo abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

ii. Recuperación de la Salud: Los establecimientos que conforman la Red de Servicios del MSPAS dispondrán de la capacidad y competencias para atender urgencias, estabilizar pacientes y, de ser necesario, prepararlos para su referencia a otros niveles, brindando una respuesta efectiva a las necesidades específicas y diferenciadas de género, con pertinencia cultural.

iii. Rehabilitación de la Salud: Es el conjunto de servicios de atención dirigidos a restituir la salud

de las personas para el desarrollo de su capacidad e independencia, buscando incidir en las condicionantes sociales y educativas, para prevenir y disminuir las deficiencias; mantener las funciones comprometidas, recuperar las

incapacidades y la reinserción social de las personas.

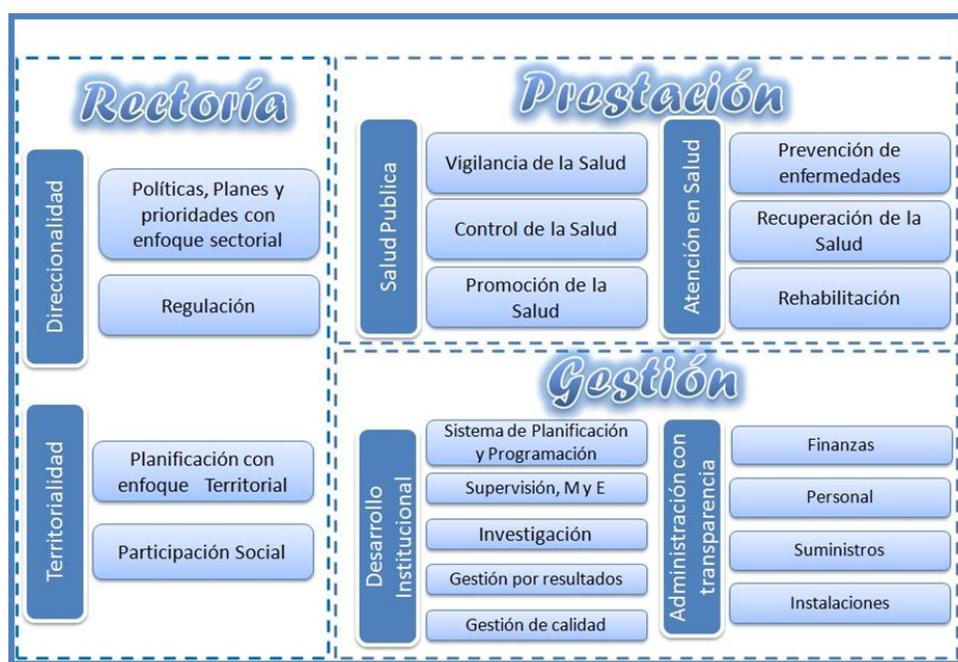


Figura 8. Resumen de los ámbitos del Modelo

CAPITULO III

RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL MSPAS

El MSPAS cuenta con una Red de Servicios de Salud a través de la cual ejerce en el territorio los 3 ámbitos de acción —Rectoría, Gestión y Prestación de Servicios— que define el MAIS. Para esto, el MSPAS, a través de este Modelo plantea las características que debe llenar dicha Red que a continuación se enuncian.

Características:

- Se organiza por niveles de atención y escalones de complejidad desarrollándose con un enfoque sistémico.
- Se basa prioritariamente en las acciones de promoción y prevención en salud.
- Tiene capacidades de resolución para problemas de salud *actuales, futuros y coyunturales*.
- Tiene un territorio, una población y una cartera de servicios², por servicio de salud y por nivel de atención y complejidad, definida en base al perfil epidemiológico de ésta, que asegura accesibilidad y cobertura oportuna a las personas, la familia y comunidad.
- Considera e incorpora la pertinencia cultural, la perspectiva de género y el enfoque intercultural en cada actividad que realiza.
- Cuenta con un sistema de interconsultas y un sistema referencia y respuesta garantiza la continuidad de la atención.
- La cartera de servicios desarrolla acciones dirigidas a la comunidad, la familia y las personas a través de un conjunto de programas específicos para ese fin.

Figura 9. La prestación de servicios brindada a las personas, las familias y la comunidad



² La Cartera de Servicios requiere de recurso humano competente, poli funcional y acorde a las necesidades de atención local y el nivel de resolución de los servicios de salud. Dispone de un sistema de información, monitoreo, evaluación y supervisión en corresponsabilidad con todos los actores o puntos de la red. Cuenta con un sistema de Vigilancia de la salud y vigilancia epidemiológica. Involucrando a los actores del sector de salud y la comunidad. Cuenta con Equipamiento e insumos de acuerdo a la capacidad resolutoria y al perfil epidemiológico local.

ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS:

La Red de Servicios de Salud del MSPAS se distribuye en cuatro niveles de atención (I, II, III y IV) y está compuesta por servicios de salud complementarios y articulados de complejidad creciente de acuerdo a la demanda de los problemas de salud, la población y la territorialidad. Esta noción de complejidad sirve para organizar la red de una manera más eficiente y está basada en la evidencia y en el principio establecido en la Atención Primaria de Salud (APS) que sostiene que los problemas de salud menos complejos son los más frecuentes y requieren tecnologías de bajo costo y los problemas más complejos son los menos frecuentes, pero también son los más costosos. A todo lo largo de la Red de Servicios se necesita la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a la atención comunitaria, familiar e individual.

| Espacios de intervención | Intervenciones propuestas |
|--------------------------------|---|
| Atención a las personas | Abordaje de necesidades y problemas de salud, a través de Programas de atención por etapas de la vida y protocolos de atención hospitalario |
| | Abordaje de grupos poblacionales vulnerables y grupos con factores de riesgo. (embarazadas, neonatos y niños menores de 5 años, personas con VIH-sida, víctimas de violencia familiar y basada en genero) |
| Atención a la familia | Vigilancia del a salud familiar, atención a factores de riesgo familiares, consejería familiar, planes familiares de emergencia, salud mental, rehabilitación, estilos de vida saludables. |
| Atención Comunitario | Comunidades y municipios y espacios saludables, acciones que garanticen agua para consumo humano y saneamiento, control de vectores y enfermedades zoonoticas, gestión de riesgo, participación comunitaria y social. |

Primer Nivel:

El primer nivel está diseñado para promover la salud, prevenir y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población, utilizando métodos y tecnologías simples, adecuadas a los diferentes contextos culturales del país. Así como brindar apoyo en actividades relacionadas a la recuperación y rehabilitación de la salud y acciones dirigidas al control del ambiente. Todo ello en concordancia con las Normas de Atención en Salud del MSPAS.

Este nivel está compuesto por: Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud y Centros de Salud. Cada uno de estos servicios está ampliamente descrito en las Fichas Técnicas en la Sección de Anexos.

Tabla No. 1: Nomenclatura de los servicios del primer nivel de atención.

| Código | Nombre | Siglas |
|--------|-------------------------------|--------|
| 1.1 | Centros comunitarios de Salud | CC |
| 1.2 | Puestos de Salud | PS |
| 1.3 | Centro de Salud | CS |

En este nivel se establece una estrecha relación con los sistemas tradicionales de salud. En el caso que el problema de salud supere la capacidad instalada de diagnóstico y tratamiento en este nivel, se hacen las referencias correspondientes a los siguientes niveles que cuenten con la capacidad resolutoria, quienes complementarán la respuesta. Este nivel necesita particularmente la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción y prevención. Sus servicios se prestan al individuo, la familia y la comunidad con pertinencia cultural.

Segundo Nivel:

El segundo nivel está diseñado para atender los mismos problemas de salud que en el nivel anterior, con la diferencia que utiliza métodos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento con mayor complejidad, por ejemplo, encamamiento, servicio de laboratorio, radiología, y se cuenta con especialistas de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, psicología, odontología. De igual forma, brinda apoyo en actividades relacionadas a la recuperación y rehabilitación de la salud y acciones dirigidas al control del ambiente. Todo ello en concordancia con las Normas de Atención en Salud del MSPAS.

Este nivel está compuesto por: Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente, Policlínicos, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Hospitales Tipo I y Hospitales Tipo II.³ Cada uno de estos servicios está ampliamente descrito en las Fichas Técnicas en la Sección de Anexos.

Tabla No. 2: Nomenclatura de los servicios del segundo nivel de atención.

| Código | Nombre | Siglas |
|--------|---|--------|
| 2.1 | Maternidades Periféricas | |
| 2.2 | Centros de Atención Permanente | CAP |
| 2.3 | Policlínicos | |
| 2.4 | Centros de atención integral materno infantil | CAIMI |
| 2.5 | Hospital tipo I | |
| 2.6 | Hospital tipo II | |

³ Clasificación de Hospitales: el criterio utilizado para la clasificación de Hospitales por nivel de complejidad está dado por la cartera de servicios ofertado, la cual debe contemplar además servicios de promoción y prevención de la salud de las personas, de fomento del desarrollo saludable de grupos de población, con énfasis en los grupos vulnerables y servicios de detección temprana, atención oportuna y adecuada de los principales problemas de la salud. Esto sustenta la categorización en Tipos de Hospital I, II, III y IV.

En el caso que el problema de salud supere la capacidad instalada de diagnóstico y tratamiento en este nivel, se hacen las referencias correspondientes a los siguientes niveles que cuenten con la capacidad resolutive, quienes complementarán la respuesta.

Tercer Nivel:

La responsabilidad del tercer nivel de atención se orienta a la atención directa de la demanda de la población y de las referencias provenientes del primer o segundo nivel de atención. En este nivel se desarrolla las siguientes funciones dependiendo de su tamaño, capacidad de resolución y especialización: promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de enfermedades, rehabilitación de padecimientos físicos o psíquicos, investigación y enseñanza y las emergencias se atienden de forma directa bajo un sistema de referencia y respuesta, que permita resolver las emergencias detectadas y coordinar la referencia oportuna y posterior seguimiento, con los equipos del tercer nivel de atención.

Las competencias de este nivel de atención se hacen tangibles en los Hospitales, con una cartera de servicios orientada a:

1. Servicios ambulatorios
2. Servicios de internamiento en todas las especialidades y sub especialidades médicas de alta complejidad

Este nivel incluye los siguientes tipos de estructuras:

Tabla No. 3: Nomenclatura de los servicios del Tercer nivel de atención.

| Código | Nombre | Siglas |
|--------|-------------------|--------|
| 3.1 | Hospital tipo III | |

Cada uno de estos servicios está ampliamente descrito en las Fichas Técnicas en la Sección de Anexos.

En el caso que el problema de salud supere la capacidad instalada de diagnóstico y tratamiento en este nivel, se hacen las referencias correspondientes al siguiente nivel que cuenta con la capacidad resolutive, el que complementará la respuesta.

Cuarto Nivel:

Las competencias de este nivel de atención sobrepasan la atención ambulatoria y los servicios de internamiento especializado. En él se prestan servicios con sub especialidades, desarrollan investigación y se apoya en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización servicios.

En este nivel se atienden emergencias y referencias de los niveles de atención I, II y III que no tuvieron la capacidad resolutive.

Tabla No. 4: Nomenclatura de los servicios del Cuarto Nivel de atención.

| Código | Nombre | Siglas |
|--------|------------------|--------|
| 4.1 | Hospital tipo IV | |

Todos los servicios son ampliamente descritos en las Fichas Técnicas en la Sección de Anexos.



Figura 10. Niveles de atención de la Red de Servicios MSPAS

ARTICULACION DE LA RED DE SERVICIOS

La Red de Servicios de Salud del MSPAS se articula a través del desarrollo de una serie de sistemas.

Sistema único de información

Disponer de un sistema de información adecuado es indispensable para mantener articulado el funcionamiento de la Red de servicios de salud y con ello la implementación del Modelo. El MSPAS cuenta con el Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA-, el cual fue creado con 4 objetivos : 1. Proporcionar información precisa sobre la situación inmediata y coyuntural de las diferentes áreas de trabajo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que permita la adecuada toma de decisiones tanto a nivel local como central. 2. Realizar un control efectivo de la situación de salud de la población en general, mediante procesos locales y comunitarios de vigilancia de la salud. 3. Realizar un control efectivo de las variables estratégicas y complementarias que incidan en la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud, tales como administración, finanzas y medio ambiente. 4. Fortalecer el

seguimiento, monitoreo, control y evaluación de las acciones programadas y ejecutadas en los diferentes niveles organizativos del ramo.

SIGSA tiene como Misión, producir información de calidad, oportuna, integral, útil y precisa sobre la situación de las diferentes áreas de trabajo del MSPAS, que permita la adecuada toma de decisiones a nivel local y central. En los últimos años se han realizado grandes esfuerzos para trascender de un modulo SIGSA obsoleto, sin posibilidades de mejoras, con subsistemas desarticulados, sin normas para su funcionamiento, sin suficiente equipo ni RRHH y sin conectividad. Hacia un escenario que nos permita construir un Sistema único de Información, sustituir el Módulo actual, consolidar el SIGSA Web a nivel nacional y articular los diferentes Sub-sistemas a través del ingreso único de las personas, a través del cual podamos:



Información confiable, actualizada y de gran relevancia, proporcionada de una forma clara y explícita



Disponer de tecnología de punta para la comunicación de datos y la consolidación de los mismos



Desarrollar herramientas de última generación con el fin de lograr una consolidación y captura de datos, mas eficiente, confiable y rápida.



Desarrollar un equipo capacitado, que brinda el soporte adecuado a distintos niveles de los Servicios de Salud, en cuanto a captura de datos y sus distintas herramientas



Visualizar estadísticas relevantes que reflejan datos confiables, metas alcanzadas y aquellas que nos falta por alcanzar, mapas situacionales de Guatemala y mucho mas,



Disponer de datos importantes, de calidad, relevancia, con información veraz y eficaz, que puede ayudar a la toma de decisiones relevante en cuanto al Sector Salud.

SISTEMA DE REGISTRO EN SALUD



El Sistema de Registro en Salud, se define como el conjunto de documentos que registran la experiencia médica y paramédica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual y el seguimiento de las personas. Comprende un conjunto de normas que van orientadas a registrar la información de forma ordenada y detallada con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación

clínica del paciente, contemplando también la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales.

Dentro de este conjunto de documentos se mencionan la historia clínica, formatos de admisión y registro, anamnesis, examen físico, órdenes médicas, notas de evolución, notas de enfermería, control de medicamentos, monitoreo de signos vitales, ficha clínica perinatal, carne de inmunizaciones, hoja de referencia y contra referencia, entre otros.

Se regulan los aspectos concernientes a la elaboración, conservación y responsabilidades de la historia clínica única en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como también reglamenta otros procesos inherentes que contribuirán a mejorar la calidad, confidencialidad, seguridad y disponibilidad de la atención de las personas que solicitan los servicios de salud. Además, se establecen los contenidos mínimos de observancia y cumplimiento obligatorio, pero en función de la especialidad o características de algunos establecimientos de salud, podrán utilizar información adicional, teniendo en cuenta la concordancia con la normativa del sistema de Registro.

Con esta normativa se pretende contribuir a mejorar la calidad, confidencialidad, seguridad y oportunidad de atención a las personas que requieren de los servicios de salud, a través de una adecuada gestión de las historias clínicas; así como a proteger los intereses legales de los pacientes, del personal de salud y de los establecimientos de salud.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El establecimiento de este sistema pretende asegurar la continuidad de la atención sanitaria de los pacientes a lo largo de la red de servicios de salud, a través de la cual se pueda:

- i. Evitar las demoras que pongan en riesgo la vida de los pacientes.
- ii. El funcionamiento articulado de la red.
- iii. Reducir los desplazamientos innecesarios de pacientes y sus familias.
- iv. Cumplir con los procesos establecidos para la documentación del traslado de los pacientes
- v. Dar los insumos necesarios para realizar un análisis de la información de las referencias y contra referencias en los diferentes niveles para la toma de acciones preventivas y correctivas.
- vi. Agilizar y facilitar las acciones del personal involucrado en la prestación de servicios de salud.

La referencia y contra referencia es un procedimiento administrativo-asistencial, que vincula a todos los niveles de atención. A través de este sistema, un servicio de salud que dispone de una capacidad resolutoria puede “referir” a un paciente, a otro servicio que tiene una mayor capacidad resolutoria, para realizar un procedimiento diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico o una interconsulta. Tras ser atendido, este servicio realiza una “Contra referencia”,



que implica hacer la derivación del paciente en sentido contrario, con la finalidad de garantizar el seguimiento del paciente.

Tanto la referencia y contra referencia, toman en consideración: a. El traslado del paciente. b. la documentación del evento. c. Monitoreo, supervisión y análisis de la información producida en el sistema.

Dentro de este sistema, se establecen los criterios para la referencia y contra referencia de los pacientes y constituye insumo de información, cuyo análisis permite mejorar la productividad y elevar la calidad de los servicios de salud.

Además de integrar la red de servicios de salud, se garantiza la continuidad en la atención, el uso eficiente de los recursos, la aplicación del enfoque del derecho humano en salud y un servicio comprometido.

SISTEMA DE LOGISTICA

El MSPAS está constituido por unidades de diversa índole, creadas de acuerdo a los objetivos de la institución. Cada unidad tiene establecida un conjunto de metas que alcanzar, para lo cual realizan una serie de acciones llamadas “actividades”. Para ejecutar estas se requieren de “suministros”, los cuales requieren de un marco mínimo de organización que permita un manejo eficiente y un mayor aprovechamiento de estos recursos. Este marco lo constituye el Sistema de Logística, que no es más que la planificación, organización y control del conjunto de actividades de movimiento y almacenamiento que facilitan el flujo de los suministros (materiales, medicamentos, productos e insumos) desde la fuente hasta la población que demanda los servicios del MSPAS.

Figura 11. Sistemas de logística y procesos de la cadena de suministros.



El sistema de logística está conformado por 3 subsistemas los cuales incluyen una serie de procesos que forman parte de la cadena de suministros.

Subsistema de información: Permite detectar, recoger, inscribir, analizar, almacenar, controlar y proporcionar datos para la toma de decisiones y acciones correctivas. En este sub sistema se identifican 2 procesos:

- Selección: Es el proceso que se encarga de seleccionar los suministros que se requieren para efectuar las funciones del establecimiento de salud. Los equipos



técnicos, son los responsables de este proceso y el producto que se espera es la lista de suministros necesarios para cumplir con los objetivos y las metas establecidas.

- b. Programación: Es el cálculo del cuanto, se debe de realizar en concordancia con los objetivos y las metas planteadas en el POA y en función de las necesidades reales de cada suministro, acorde con el perfil epidemiológico, la producción y otros criterios.

Subsistema de negociación: Permite asumir derechos sobre bienes y servicios, respondiendo a cambio con obligaciones (pago). En este subsistema se identifica el proceso de adquisición.

- a. Adquisición: En sí, es el proceso de compra de suministros, en el que el personal administrativo debe hacer equipo con el personal técnico, para garantizar que los suministros a comprar cumplan con las especificaciones técnicas requeridas.

Sub sistema de utilización y preservación: Es el conjunto de procesos técnicos que actúan sobre los bienes, los servicios y las personas que tienen a su cargo, para garantizar la correcta utilización y salvaguardar el estado de los suministros. Este subsistema comprende los procesos de almacenamiento, distribución, dispensación y uso racional.

- a. Almacenamiento: Es un proceso logístico en el que se determina la forma correcta en la que deben almacenarse los suministros.
- b. Distribución: es un proceso que controla el abastecimiento de los servicios de salud.
- c. Dispensación: es el proceso de entrega al usuario final en el que se entrega, se instruye respecto al uso adecuado y se advierten de los efectos secundarios.
- d. Uso Racional: Se da cuando el usuario final consume el producto, de forma adecuada.

Para alcanzar el funcionamiento pleno de este sistema, el MSPAS deberá realizar todos los esfuerzos para:

- Mejorar el desempeño de la administración y el personal, procurando que cada quien conozca las responsabilidades que le competen dentro la cadena de suministros, adiestramiento, supervisión y condiciones laborales adecuadas para mejorar su desempeño y facilitar la atención de las necesidades de la población.
- Mejorar los sistemas de información, que permitan recoger y dar a conocer los datos exactos en el momento y lugar que se requieren, garantizando que los administradores puedan estimar los suministros que se necesitan, dar cuenta de los productos de la cadena de suministros, reducir los desequilibrios y disminuir el desperdicio y las pérdidas.

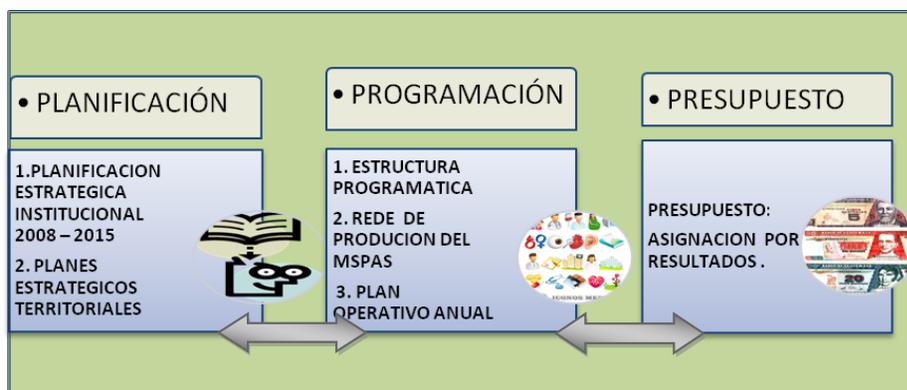
- Mejorar las proyecciones y las adquisiciones, ayudando a asegurar que las unidades encarguen los suministros suficientes.
- Mejorar la distribución, orientando sus esfuerzos a llevar los suministros al usuario final y no a las estanterías, garantizando un almacenamiento seguro, limpio y organizado, teniendo una cobertura permanente y completa de todos los servicios.

Todo este sistema logístico requiere de la integración del personal técnico, financiero y administrativo en una dinámica de trabajo en equipo, que garantice un adecuado abastecimiento, calidad, cantidad y oportunidad, a fin de garantizar una atención de salud de óptima calidad.

Sistema de planificación, orientado a gestión a resultados

La gestión por resultados es una filosofía, una manera de pensar que ayuda a las personas y gerentes a planificar y alcanzar cambios en el corto, mediano y largo plazo porque pone énfasis en los resultados. Un resultado es un cambio en el desarrollo, se puede describir y medir y siempre se deriva de una relación de causa y efecto. Los cambios en el desarrollo siempre tienen que ver con la distribución de recursos y la mejora en el nivel de bienestar de la población local o de una organización. Existen distintos niveles de resultados, todos se encuentran entrelazados en lo que habitualmente se conoce como la cadena de resultados (fines, objetivos y productos). La introducción al Ministerio de Salud de un Sistema de PLANIFICACIÓN ORIENTADO A DE GESTIÓN POR RESULTADOS, pretende dar cumplimiento al artículo 9 de la Ley Orgánica del Presupuesto dicta las normas técnicas de formulación presupuestaria. Básicamente la Norma 10 indica que previo a la formulación de sus anteproyectos de presupuesto, las instituciones deben contar con un plan estratégico de mediano plazo, elaborado en el marco del Proceso Nacional de Planificación, en coherencia con las prioridades gubernamentales. La Norma 11 indica que el Plan Operativo Anual se deriva del Plan Estratégico Institucional.

Figura 12. Sistemas de logística y procesos de la cadena de suministros.

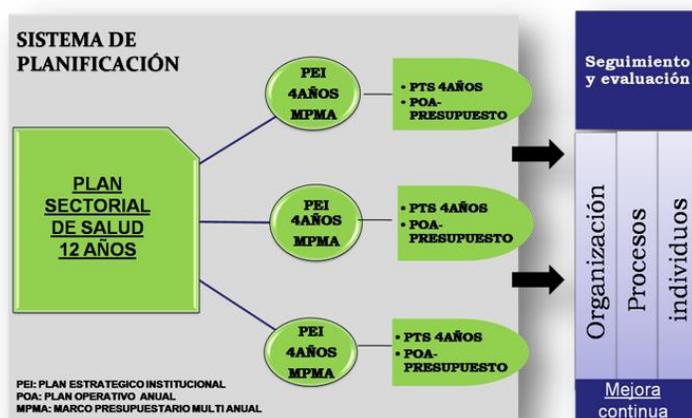


Esta metodología privilegia la participación de múltiples actores porque la experiencia ha enseñado que la participación mejora la calidad, la eficacia y la sostenibilidad de las iniciativas de desarrollo y asegura que reflejen las necesidades, prioridades y visión de los interesados. La gestión por resultados ayuda a clarificar desde las etapas iniciales el propósito final de los proyectos y programas, así como los resultados intermedios que cabe esperar; facilita la administración eficaz para la obtención de los resultados porque modifica las actividades o enfoques de los proyectos para que respondan mejor al logro de los resultados finales, en vez de limitarse a la mera gestión de actividades. Esta metodología de planeación provee credibilidad y confianza ante la comunidad, los beneficiarios, los intermediarios, los donantes y los contribuyentes; provee aprendizaje continuo y mantiene información oportuna sobre las decisiones tomadas y sobre la asignación de recursos, además significa un cambio fundamental en el campo de la gerencia de la salud y el desarrollo porque los resultados previstos han sido definidos y establecidos por acuerdo mutuo de diferentes actores interesados. Sin una visión clara y compartida de lo que se espera alcanzar al final del período, será muy difícil definir los resultados intermedios.

Principios clave para la planificación por resultados.

- Sencillez: debe ser fácil de entender y aplicar.
- Aprendizaje en la práctica: implementar los proyectos de manera iterativa y flexible perfecciona la experiencia adquirida.
- Aplicabilidad: la gestión por resultados puede ser aplicada en todos los proyectos y programas.
- Asociación: es importante la participación de todos los interesados pero llegando a la comprensión común, principalmente con los beneficiarios.
- Responsabilidad: es necesario crear un medio de trabajo donde la responsabilidad de obtener resultados comunes sea clara y compartida.
- Transparencia: la transparencia debe mostrarse en todas las etapas y en todas las acciones, la información debe ser compartida y estar disponible para todos.

Figura 13. Sistema de Planificación.



CAPITULO IV

ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reorganiza su Red de Servicios de Salud para garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población guatemalteca.

Para mejorar el acceso, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios y el aumento de cobertura de los servicios.

La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, debe realizarse de forma progresiva en todo el Territorio Nacional, a través de la Red de Servicios de Salud del MSPAS, la cual se organiza conformando:

1. **La Red Municipal de Salud.**
2. **La Red Departamental**
3. **La Red Regional**
4. **La Red Nacional**

Esta implementación propone un re ordenamiento del territorio y con ello, una distribución de la Red de Servicios de Salud coherente para lograr disminuir las brechas de accesibilidad hasta ahora existentes. Implica una reestructuración que parte desde los lugares más cercanos a las propias comunidades a un plano mucho más amplio a nivel Nacional, en la que se definen los siguientes escenarios: Sectores, Territorios, Microrregiones, Regiones municipales, Municipio, Microrregión departamental, Departamento, Región y Territorio Nacional.

Cada escenarios territorial, se constituye como punto focal en el que el MSPAS ejerce la Rectoría, desarrolla la Gestión y Presta los Servicios de Salud a la población guatemalteca.

Red municipal de servicios de salud.

Sector:

Es un espacio geográfico del municipio, que se conforma a partir de la agrupación de un conjunto de comunidades, de acuerdo a accesibilidad, vías de comunicación, aspectos topográficos, demográficos, culturales, lingüísticos, geográficos y climáticos. En ellos se agrupa una población que puede variar entre los mil doscientos y cuatro mil habitantes (1,200 a 4,000 habitantes). En cada sector se ubica un **Centros Comunitarios de Salud**.

Territorio:

Corresponde a la agrupación de un mínimo de tres (3) y un máximo de (6) sectores, con una población que en promedio tiene diez mil habitantes (10,000). Además, de los Centros Comunitarios de Salud, en cada territorio debe ubicarse un **Puesto de Salud**.

Microrregión Municipal:

Es la agrupación de varios territorios. El número de microrregiones dentro de un municipio depende de la población total y el porcentaje de población que vive en condiciones rurales y se define tomando como referencia los parámetros siguientes:

- Los Municipios que tienen un porcentaje alto de población que vive en condiciones rurales tendrán una microrregión por cada cuarenta mil (40,000) habitantes
- Los Municipios que tiene un porcentaje medio de población que vive en condiciones rurales, tendrán una microrregión por cada sesenta mil (60,000) habitantes
- Los Municipios que tiene un porcentaje bajo de población que vive en condiciones rurales, tendrán una microrregión por cada cien mil (100,000) habitantes

En cada Microrregión Municipal, debe ubicarse un **Centro de Salud**.

Región Municipal:

Es la agrupación de dos o más microrregiones municipales, por lo que se identifican en aquellos Municipios de mayor tamaño y concentración poblacional. El número de Regiones dentro de un municipio, se definirá tomando como referencia los siguientes parámetros:

- Los Municipios que tienen un porcentaje alto de población que vive en condiciones rurales tendrán una región por cada de población que vive en condiciones rurales ochenta mil (80,000) habitantes.
- Los Municipios que tienen un porcentaje medio de población que vive en condiciones rurales, tendrán una región por cada ciento veinte mil (120,000) habitantes.
- Los Municipios que tienen un porcentaje bajo de ruralidad, tendrán una región por cada doscientos cincuenta mil (200,000) habitantes.

En cada Región deberá ubicarse un **Centro de Atención Permanente**.

Municipio

El Municipio es la unidad básica de la organización territorial del Estado y en él se establece la **Red Municipal de Servicios de Salud**, la cual está conformada por Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud, Centros de Salud y/o Centros de Atención Permanente. A los Municipios que tienen una población menor de 20,000 habitantes se les asignara al menos un Centro de Salud. Mientras que a los Municipios que tienen una población mayor de 20,000 deberá asignarse al menos un Centro de Atención Permanente. La cantidad de CS y CAP adicionales en cada Municipio dependerá del número de Microrregiones y Regiones Municipales definidas para cada uno.

Red departamental de servicios de salud

Microrregión Departamental

Corresponde a la agrupación de 4 o más municipios, con una población promedio de cuatrocientos mil (400,000) habitantes. Si la agrupación poblacional, cuenta con un perfil epidemiológico que lo amerite o tiene situación territorial específica, se deberá considerar la instalación de un **Hospital tipo I**.

Departamento

Es la división administrativa del territorio nacional. En ellos se ubica la **Red Departamental de Salud**, que está conformada por los servicios de salud descritos en la Red Municipal, los **Hospitales tipo I** de las Microrregiones departamentales y adicionalmente, pueden ubicarse los Centros de Atención Materna Infantil –CAIMI-, los **Policlínicos** y los **Hospitales tipo II**, quienes

realizaran funciones específicas de atención asistencial sin descuidar las funciones de promoción y prevención de la salud.

Red regional de servicios de salud

La regionalización territorial se basará en la ley o normativa que regula su distribución, en la cual se establecen 8 regiones. En cada región, se ubica la Red Regional de Servicios de Salud, que además de conformarse por las redes ya descritas, cuentan con un Hospital tipo III.

Red nacional de servicios de salud

El Territorio Nacional de la República de Guatemala, está compuesto por 8 Regiones, 22 Departamentos y 335 Municipios, en los cuales se establece la Red Nacional de Salud que además de las Redes de Servicios de Salud Municipal, Departamental y Regional, agrupan a los Hospitales tipo IV.

| ÁMBITO GEOGRÁFICO | CRITERIO DEMOGRÁFICO | SERVICIOS DE SALUD | RED MUNI | RED DEP | RED REG | RED NAC |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------|---------|---------|---------|
| SECTOR | 1,200 a 4,000 habitantes | CENTRO COMUNITARIO | I | I | I | I |
| TERRITORIO | 10,000 habitantes | PUESTO DE SALUD | I | I | I | I |
| MICRO REGIÓN MUNICIPAL | 40,000 a 100,000 habitantes. | CENTRO DE SALUD | I | I | I | I |
| REGIÓN MUNICIPAL | 80,000 a 200,000 habitantes | CAP | II | II | II | II |
| MUNICIPIO | Todos los del municipio | CS/CAP | II | II | II | II |
| MICRO REGIÓN DEPARTAMENTAL | 400,000 habitantes | HOSPITAL TIPO I | | II | II | II |
| DEPARTAMENTO | Todos los del departamento | CAIMI, POLICLÍNICO, HOSPITAL TIPO II | | II | II | II |
| REGIÓN | Todos de los de la región | HOSPITAL TIPO III | | | III | III |
| TERRITORIO NACIONAL | Todos los del territorio nacional | HOSPITAL TIPO IV | | | | IV |

EL PROCESO DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y LA DISTRIBUCION DE LA RED

El ordenamiento territorial y la distribución de la Red de Servicios de Salud, debe adaptarse a las características propias de cada territorio, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Demografía
- Situación de salud (perfil epidemiológico, determinantes de la salud, los riesgos a la salud y la respuesta social organizada)
- Accesibilidad geográfica, poblacional, cultural, idioma, género, económica, etc.
- Articulación de la red de establecimientos de salud por capacidad resolutive y complejidad cuyo elemento crítico es el recurso humano.

El proceso de ordenamiento territorial parte de la delimitación de sectores y territorios, el cual es un proceso que se detalla en un manual operativo y que se desarrolla en dos momentos, el inicial, que se propone a partir del conocimiento previo que del municipio tiene el personal institucional y la población para definir la red municipal de servicios de salud. La segunda fase del proceso de reordenamiento y reorganización se basa en el desarrollo del croquis y censo de las comunidades que conforman los sectores y los territorios.

Este ordenamiento inicial permite:

1. Identificar las comunidades que conformaran cada uno de los sectores del municipio en el momento de implementación del reordenamiento y reorganización del primero y segundo nivel de atención.
2. Identificar cuantos y cuales sectores conformaran cada uno de los territorios
3. Establecer las brechas existentes en materia de infraestructura y equipamiento de puestos de salud.
4. Estimar el Recurso humano necesario para implementar el modelo por sector y territorio.
5. Proponer el cronograma de implementación del modelo
6. Elaborar el presupuesto de implementación y funcionamiento anual del modelo.
7. Conformar la red articulada de servicios del territorio
8. Operativizar el sistema de referencia y contra referencia en el territorio
9. Establecer las áreas de riesgo y vulnerabilidad a desastres naturales del territorio

Figura 14. Ordenamiento del territorio por Sector

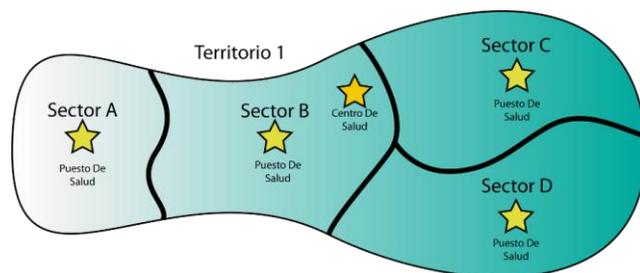
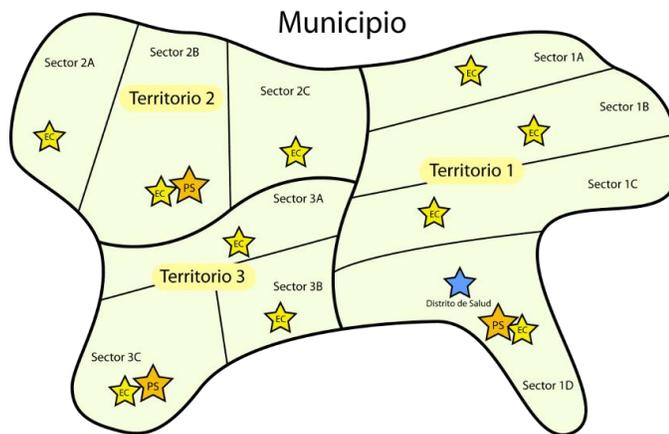


Figura 15. Ordenamiento de territorio por municipio, CS, PS y sector



El ordenamiento de la Red Municipal, Departamental y Regional, parte del mismo razonamiento. Y para la asignación de cada servicio de salud deben tomarse los mismos criterios.

CAPITULO V

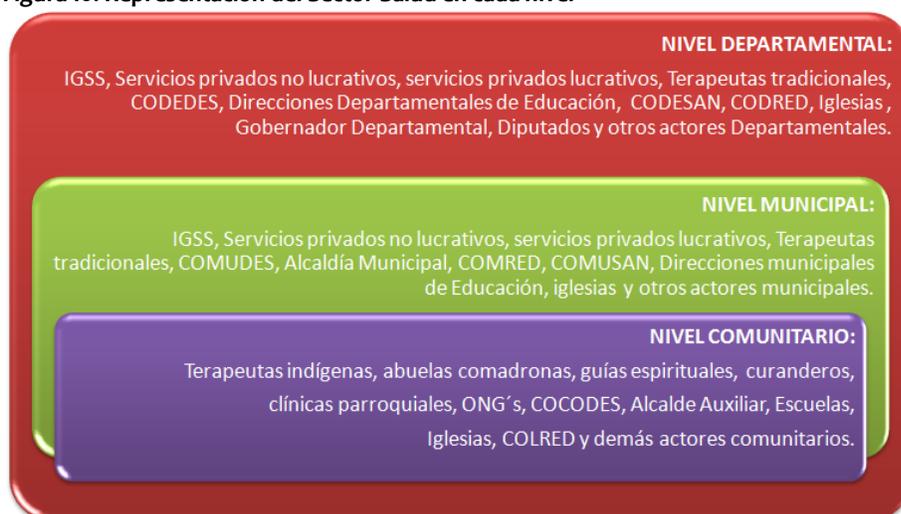
GESTION Y COORDINACION

La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, parte por reconocer que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, junto al resto de instituciones públicas, privadas lucrativas, privadas no lucrativas y otros actores, conforman el Sistema Nacional de Salud.

El MSPAS es el ente Rector, a través del cual el Estado garantiza el Derecho de la Salud de las personas. Es el responsable de conducir el Sistema Nacional de Salud, promoviendo la integración de los programas, los procesos y el trabajo coordinado de las instituciones que lo conforman, con la finalidad de lograr una respuesta complementaria, eficiente y equitativa, encaminada hacia la implementación de una Política Nacional de Salud, en la que el Acceso Universal y el cumplimiento al Derecho de la Salud pueda convertirse en una realidad.

Este Sistema no tiene una expresión exclusiva en el ámbito Nacional, ya que su dinámica se ve expresada también a nivel Comunitario, Municipal o Departamental y en cada uno de estos el MSPAS debe desarrollar la capacidad necesaria que le permita a través de sus servicios de salud, interactuar y establecer una relación de trabajo dinámica con los distintos actores, para ejercer en cada nivel la Rectoría, la Gestión Transparente y la Prestación de servicios.

Figura 16: Representación del Sector Salud en cada nivel



El lograr estas capacidades implica desarrollar procesos gerenciales eficientes y garantizar la calidad en la atención, por lo que las unidades administrativas del MSPAS deben desarrollar las competencias de su Recurso Humano para responder al reto que plantea la desconcentración y la descentralización y ser capaces de abordar oportuna, eficaz y eficientemente los problemas públicos de la salud, con criterios técnicos, administrativos y financieros.

Elementos para la Gestión

El Modelo, plantea una serie de elementos que representan un salto cualitativo en la gestión de las unidades, estos son:

1. Un enfoque sistémico de la **gestión** orientado a resultados y basado en procesos con pensamiento estratégico.
2. La aplicación del **ciclo administrativo** para los servicios públicos de salud
3. Un marco de **funciones** consistentes con las **Funciones Esenciales de Salud Pública** aplicables al ámbito departamental.
4. Una **estructura organizativa** eficiente y completa a nivel municipal, departamental y nacional

1. Enfoque sistémico de la gestión orientada a Resultados

El concepto central del pensamiento sistémico es el desarrollo. El desarrollo de un sistema social y por ende el enfoque sistémico de la gestión de los servicios públicos de salud es una transformación intencional hacia niveles superiores de desarrollo. Es un proceso de aprendizaje colectivo por el cual un sistema incrementa su habilidad y deseo de servir a sus miembros y a su contexto. El sistema es la disposición de organizaciones, personas, materiales y procedimientos asociados con una determinada función o resultado. Normalmente, un sistema se compone de insumos, procesos y productos/resultados. La gestión por resultados, busca lograr un aumento al valor que aportan a la sociedad, orientando todos los esfuerzos institucionales al logro de Resultados, basándose en la mejora de la producción de servicios que debe entregarse a la sociedad de acuerdo al mandato que define el marco legal vigente.



Figura 17. Enfoque sistémico de la Gestión por Resultados

2. Ciclo administrativo:

Un proceso o ciclo es el conjunto de pasos o etapas necesarios para llevar a cabo una actividad o lograr un objetivo. **Ciclo administrativo** tiene dos fases (mecánica y dinámica) y cuatro etapas (planificación, organización, dirección y control) sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral en el cual cada etapa incluye a las otras para poder ejecutarse.



Figura 18. Ciclo administrativo

3. Funciones:

La definición de funciones es necesaria para que el nivel nacional, departamental y municipal, desarrollen el Modelo, por lo tanto es una condición fundamental el ordenamiento ORGANICO DEL MINISTERIO DE SALUD, buscando garantizar el desarrollo de las siguientes funciones:

- i. **Regulación:** Entendida como el cumplimiento del conjunto de leyes, reglamentos y normas que enmarcan el funcionamiento del sector salud a nivel nacional, departamental y municipal.
- ii. **Financiamiento:** Se refiere a manejo de los recursos económicos necesarios para ejercer la Rectoría y garantizar la Provisión pública de los servicios de salud. Estos recursos financieros pueden ser estatales, municipales, de cooperación externa y otros.
- iii. **Provisión:** Se refiere al que hacer de la red articulada de servicios de salud y a todos aquellos elementos que conllevan a la aplicación del Modelo de atención. La provisión de servicios está determinada por las necesidades de la población y la priorización de problemas. La capacidad de provisión de servicios depende de la infraestructura, el Recurso humano, material y financiero.

Figura 19. Funciones definidas.



Procesos Básicos:

Un proceso es una secuencia de fases sucesivas y/o acciones de una función que produce resultados en un sistema. En este modelo se describen los procesos fundamentales que deben realizar la Dirección de Área para su adecuado desempeño. Se identifican tres dimensiones básicas que son: Recurso Humano, Suministros e infraestructura. Los procesos deben permitir la retroalimentación y desarrollo constante de las direcciones de Área de salud.

Proceso básicos:

- Supervisión Monitoreo y Evaluación
- Participación Social
- Información
- Vigilancia epidemiológica
- Logística de insumos y suministros
- Desarrollo de infraestructura y mantenimiento
- Planificación, programación y presupuesto
- Gestión y coordinación del recurso humano

4. Estructura organizativa y funciones

La estructura organizativa coherente con en el Modelo permite al MSPÁS desarrollarse plenamente en los ámbitos de Rectoría, Gestión y Provisión de Servicios. Los equipos de

trabajo, deben saber hacer, querer hacer y poder hacer los cambios en la organización. Esta nueva estructura requiere un esfuerzo coordinado y de equipo, en donde, todos deben trabajar para **la transformación de la salud** de la población del país, deben ser capaces de generar y/o participar en la **respuesta social organizada** en salud. El Modelo, promueve el análisis permanente de la situación de salud del territorio y junto a los actores locales, con los cuales deben tomarse las decisiones correspondientes que permitan brindar **atención a las necesidades** más apremiantes de la población y elaborar **planes coordinados a tiempo**. La nueva organización de los servicios genera **inteligencia y pro actividad**; en la que los trabajadores procuran brindar **atención con calidad, calidez y humanismo**, ya que permanentemente reciben estímulos, se goza de un clima laboral apropiado y se promueve el trabajo digno, proveyendo al personal de los equipados y los suministros necesarios para brindar la atención deseada. Se promueve la salud y se previene la enfermedad. Los equipos están **integrados** y cada trabajador es **competente** en su que hacer ya que existe capacitación permanente, con un uso racional y **eficiente** de los **recursos**.

Para alcanzar esto el MSPAS establece su coordinación y gestión a nivel municipal, departamental, y nacional conformando para cada una de estas instancias los siguientes niveles de coordinación.

Municipal:

Los procesos de gestión de de la salud a nivel municipal, están separados de la función de prestación de servicios y es la Coordinación Municipal de Salud la unidad administrativa que coordina y articula la red de establecimientos de salud ubicados en cada municipio de la República, de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Atención integral en salud. Ésta instancia coordina las directrices, orientaciones estratégicas y programáticas, mediante el desarrollo de un proceso de programación local de los servicios. Asimismo ejerce la autoridad sanitaria local.

Departamental:

Este nivel planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de los servicios de salud brindados por una red articulada de establecimientos de salud en el departamento, en congruencia con las políticas y el Plan Nacional de Salud.

A cada Dirección Departamental de Salud le corresponde una circunscripción geográfica determinada con su población residente, de conformidad con la organización establecida por el Ministerio de Salud donde se concentra un conjunto de recursos sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única, responsable del desarrollo de la salud.

Los Hospitales integran la red de servicios de salud a nivel municipal, departamental y nacional, pero debido a la complejidad y características especiales de su gerencia tendrán un régimen administrativo desconcentrado. Quedando subordinados a la dirección técnica de las direcciones departamentales de salud, donde se generaran lineamientos técnicos, y se supervisara y evaluara el funcionamiento de los mismos.

CAPITULO VI

IMPLEMENTACION DEL MAIS

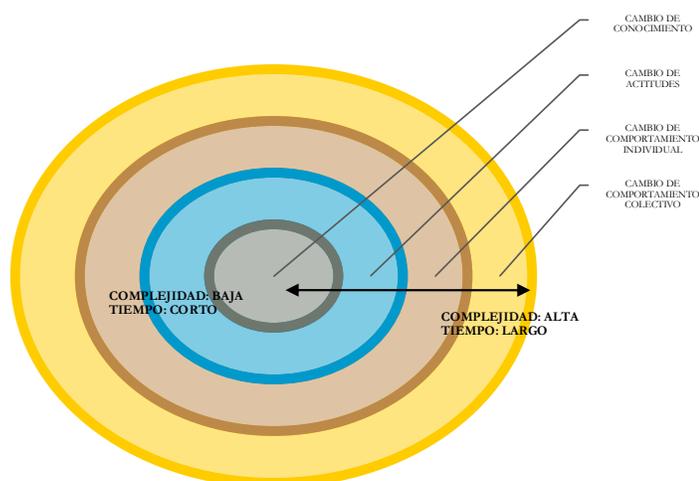
La implementación del modelo busca el fortalecimiento de la gestión territorial de la salud, por lo que se desarrolla desde la comunidad y el municipio, ejerciendo de esta manera influencia en los niveles departamentales, regionales y nacional.

El proceso de implementación del MAIS se realizara en forma progresiva de acuerdo a los recursos disponibles y a la prioridad establecida. La implementación requiere 2 momentos previos y 5 fases.

a) Momentos previos:

1. *Socialización del Modelo:* El conocimiento y comprensión por parte de la población objeto y sujeto de las acciones del Modelo se traduce en aceptación, confianza y participación en la construcción de mejores condiciones de salud para el individuo, la familia y la comunidad.
2. *Apropiación del Modelo:* Es preciso que el personal del MSPAS se identifique con los principios, componentes y elementos estructurales del Modelo para garantizar su permanencia y sostenibilidad. Este proceso es difícil y demanda mucha voluntad y creatividad para traducir las motivaciones generales en personales y constituirse en entes protagónicos del Modelo.

Figura 20. Motivación Individual y Colectiva

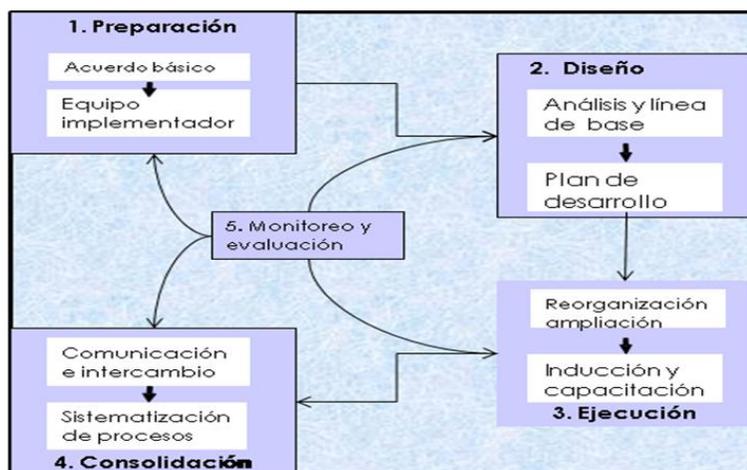


b) fases de implementación:

Para implementar el Modelo se ha diseñado una Estrategia de Aproximaciones Sucesivas, la cual abre espacios a diferentes actores para: a) Socializar su contenido estimulando una actitud receptiva, de crítica constructiva y consenso; y, b) Motivar un comportamiento individual y colectivo de apoyo durante su implementación.

1. Fase de preparación
 - (a) Acuerdo básico municipal de implementación
 - (b) Integración de equipos implementadores.
2. Fase de diseño de la red de servicios de salud
 - (a) Análisis de situación y línea de base
 - (b) Plan para el desarrollo de la red de servicios de salud
3. Fase de ejecución
 - (a) Reorganización y ampliación de la red de servicios de salud
 - (b) Inducción y capacitación
4. Fase de consolidación
 - (a) Sistematización de procesos
 - (b) Comunicación e intercambio de experiencias
 - (c) Mejoramiento continuo.
5. Fase de monitoreo y evaluación
 - (a) Esta se desarrolla durante toda la implementación.

Figura 21. Fases de la implementación.



C. Niveles de Implementación:

Institucionalmente, la implementación del Modelo involucra competencias puntuales, vinculadas a los diferentes niveles de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, según se describe:

Nivel Superior:

Formaliza la viabilidad y factibilidad mediante a) Un Acuerdo Ministerial de aprobación del Modelo, b) Aprueba la estrategia de implementación; y, c) Realiza abogacía para obtener recursos financieros y los asigna para su ejecución. La viabilidad y factibilidad requiere, por tanto, negociación ante instituciones de Gobierno, organismos de cooperación internacional y ante gobiernos de países amigos, para captar el apoyo de manera coherente con las prioridades y programas de salud.

Nivel Técnico:

Norma y regula el proceso de atención y desarrollo programático, administrativo y financiero mediante a) Protocolos, sistemas, manuales y parámetros de Planificación Territorial de la Salud, b) Realiza abogacía en las instancias del Ministerio de Finanzas Públicas, Congreso de la República, Procuraduría de los Derechos Humanos, SEGEPLAN, Universidades y otros centros formadores de recursos humanos, Colegios y Asociaciones de Profesionales de la Salud, con el objetivo de consolidar el apoyo alineado a las políticas de salud vigentes, c) Brinda acompañamiento técnico a los procesos de planificación local, d) Distribuye recursos financieros; y, e) Evalúa la implementación, desarrollo y resultados del Modelo.

Nivel Operativo: Implementa localmente el Modelo mediante a) Socialización y ejecución en la Red de Servicios, b) Socialización ante autoridades locales, grupos organizados y otros actores locales, c) Desarrolla una programación local coherente con el escenario y Cartera de Servicios, d) Formula los requerimientos de apoyo administrativo, técnico y financiero respectivos, e) Formula proyectos para la movilización de recursos locales; y, f) Valida, evalúa e informa en relación a la implementación, desarrollo y resultados obtenidos localmente.

c) Financiamiento:

Para la implementación del Modelo se requerirán fondos adicionales para el gasto en Salud a los ya destinados por el Estado en el presupuesto general de la nación, para esto se propondrá la creación y normas de manejo de un mecanismo financiero donde confluyan todas las fuentes de financiamiento posibles que hagan operativo y funcional el Modelo, entre estas se citan algunos ejemplos:

- a) **Recursos propios:** proveer una Política de Financiamiento Nacional en salud sostenible que incluya al menos:
 - Que el Estado de Guatemala para financiar el modelo deberá iniciar con porcentaje de aumento anual del presupuesto en salud de forma progresiva, hasta cubrir las necesidades de atención integral de la mayoría de la población,

- Normar que los Consejos de Departamentales de Desarrollo, Municipalidades y Mancomunidades inviertan un porcentaje de su presupuesto anual en acciones locales que mejoren la promoción, prevención e infraestructura destinada a salud, sea para la contribución directa del fondo o de manera independiente,
- Todas las alianzas estratégicas en el tema financiero que el MSPAS pueda establecer con diferentes agentes de financiamiento para mejorar la atención integral establecida en el modelo.
- Actualización de aranceles para la industria de alimentos, medicamentos y todas aquellas actividades privadas que requieran autorización del ente rector para su funcionamiento. Y verificar que los montos de los porcentajes de los impuestos establecidos (tabaco, bebidas, etc.) y otros por establecer sean destinados de forma efectiva al MSPAS para la financiación del Modelo.

B) Recursos externos:

- Orientar todos los fondos de la Cooperación Internacional y préstamos destinados al MSPAS a la ejecución de proyectos y acciones establecidas en el Modelo, especialmente a las de promoción y prevención de la salud.

La ejecución del financiamiento del modelo debe estar en concordancia con la política de transparencia aprobada por el MSPAS para asegurar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos institucionales.

El Fondo de financiamiento del modelo a implementar deberá contar con estudios donde se visualicen los diferentes escenarios financieros que incluyan: diversidad de formas y estrategias de conformación del Fondo y uso de los recursos para los siguientes momentos:

- Fase de diseño. Estimación de la financiación de las acciones iniciales del Modelo en base a las brechas existentes, esencial y especialmente las de promoción y prevención. Estudios de identificación de las principales brechas en los servicios de salud, desde la perspectiva territorial, con pertinencia étnica y de género, etc...
- Fase de ejecución. Funcionamiento del Modelo. Estimación de los recursos para llegar a un alto porcentaje de operación del Modelo con todas sus acciones. Implica la formulación de estudios territoriales para la aplicación y adecuación del modelo en los territorios, estudios epidemiológicos, estudios para la transversalización coherente de las políticas culturales, etc...
- Fase de consolidación. Ejecución de acciones definitivas en: asignación definitiva de recurso humano, físico, insumos y financieros; gestión descentralizada de fondos en la unidad mínima, aquí también se deberán establecer todos los lineamientos y parámetros de la sostenibilidad con el financiamiento estable.

En cada una de las fases anteriores se deberá tener una nueva reorientación de la estructura de planificación, programación y presupuestación para la implementación del Modelo.

CAPITULO VII

CONDICIONES PARA LA IMPLEMENTACION

El Modelo de Atención Integral en Salud, se sustenta en experiencias que se han desarrollado en el plano local y que resultado exitosas. No constituye una camisa de fuerza y es claro que su éxito depende de la forma en la que pueda adaptarse a las condiciones de cada territorio. Es necesario, socializarlo en todos los niveles organizacionales de la institución y establecer las bases de un diálogo crítico, responsable y propositivo, en el que la mística de servicio, el compromiso, el cambio de actitud y las ganas de hacer bien las cosas juegan un papel protagónico. El MAIS establece un estándar de atención que orienta a la institución hacia el cumplimiento de sus objetivos y en este proceso es indispensable definir con claridad, bases y lineamientos que lo estén sustentados legal y financieramente. Su implementación no es responsabilidad exclusiva de alguna Unidad o Dirección del MSPAS en particular, constituye un compromiso de todas las mujeres y los hombres que forman parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y de su disposición de caminar juntos por un objetivo común y sentar las bases del cambio. Tampoco es responsabilidad exclusiva del MSPAS como institución, considerando que el papel que tienen que jugar los actores sociales es trascendental, por lo que la socialización del Modelo con el resto de actores sociales resulta esencial. Esto permitirá establecer esfuerzos conjuntos que garanticen un trabajo coordinado y articulado con otras instituciones dentro y fuera del sector de salud, facilitando la promoción de la salud, la relación intercultural y fortaleciendo la Rectoría institucional en cada plano territorial.

Para implementar de manera plena el del Modelo de Atención Integral en Salud se considera necesario que el MSPAS aborde los siguientes aspectos:

DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

La implementación del Modelo lleva implícito un aumento de la demanda de Recurso humano, lo que hace necesario que el MSPAS establezca una coordinación eficaz con las instituciones formadoras de personal en salud y realice acciones encaminadas a:

- a. Proveer al trabajador /a de un escenario laboral en el que se homogenice la relación y las condiciones laborales, que le permita disponer de una plaza fija que proporcione mayor estabilidad y gozar de prestaciones de ley.
- b. Diseñar e implementar **la carrera sanitaria**, a fin de formar y capacitar a un mejor recurso humano; con mística de servicio, respeto a los derechos humanos, a la diversidad cultural y de género; estimulando su compromiso de servidor público y mejorando su eficacia y eficiencia, en el contexto de un nuevo modelo de gestión capaz de ampliar la cobertura de los servicios de salud con calidad, pertinencia y oportunidad.
- c. Descentralizar la Gestión del Recurso Humano.
- d. Despolitizar el accionar público de los trabajadores en materia de salud, respetando su carácter técnico y profesional

e. Distribuir el Recurso humano en forma equitativa de acuerdo a las necesidades técnicas de cada servicio, según su escalón de complejidad y las normas y protocolos de atención.

DESARROLLO FINANCIERO

La implementación de este Modelo de Atención Integral en Salud, destaca la necesidad impostergable de *lograr la captación de más recursos* aplicables a las demandas que emergen de una realidad compleja, para lo cual es necesario que la gestión del MSPAS, del sector salud y de toda la sociedad guatemalteca en su conjunto, se encamine a *privilegiar la adopción de un mecanismo financiero* que permita redefinir las fuentes y los destinos de los recursos, así como de movilizar, integrar y dirigir nuevos recursos destinados a la resolución del problema de salud planteados y que a la vez sea capaz de superar contingencias no previstas en lo presupuestario e incrementar su margen de maniobra. Mientras esto se concreta, el MSPAS deberá reanalizar distintos procesos relacionados a:

- Agilizar los procesos para la adquisición de insumos.
- Realizar una revisión del mecanismo interno de distribución presupuestaria.
- Establecer un costeo real de los Servicios que se que se prestan en la institución tanto de la atención primaria como la hospitalaria.
- Descentralizar la Gestión del Recurso financiero
- Mejorar el mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud.

DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Desarrollo institucional es un factor fundamental para la implementación del Modelo y este desarrollo parte de la forma en la que la institución y todas las dependencias que la conforman son capaces de integrarse y establecer acciones conjuntas encaminadas a cumplir los objetivos institucionales, esto parte por:

- Fortalecer el sistema de referencia y respuesta y todos los componentes que lo conforman (sistemas de información, transporte, etc).
- Definir la Cartera de servicios para cada establecimiento de salud según su escalón de complejidad y respondiendo de forma directa al perfil epidemiológico y a las necesidades de cada escenario local.

c. *Promover cambios de Actitud entre los proveedores de salud, quienes deben considerar la importancia de establecer esfuerzos encaminados al acceso universal de las salud, el derecho humano a la salud y el papel que juegan como servidores públicos en este esfuerzo..*

Consideraciones complementarias:

- Garantizar el desarrollo y/o fortalecimiento de las capacidades locales en los puestos de conducción y niveles operativos mediante la actualización de conocimientos gerenciales y la automatización de sistemas y procedimientos.
- Es necesario que las Direcciones Departamentales de Salud adopten una modalidad de organización estructural y funcional que garanticen la delimitación objetiva de ámbitos de competencia y la óptima utilización de los recursos disponibles, para un desarrollo programático eficiente sin menoscabo de la calidad, equidad, gratuidad y humanismo en el proceso de atención a la población. Esto puede implicar reubicación de recursos, control de

recursos e intervenciones, fortalecimiento de la infraestructura local de salud fundamentada en criterios técnicos y administrativos, disponibilidad de manuales de normas y procedimientos y por supuesto, automatización de sistemas.

- La tecnificación de recursos humanos bien dirigida, unida a la coordinación interinstitucional y la captación de apoyos locales, representan herramientas para reducir las brechas de acceso y mejorar la calidad de atención y eficiencia operativa.
- La disponibilidad oportuna de los instrumentos de Planificación Territorial de la Salud, herramientas e instrumentos integrados de monitoreo, cumplimiento de avances y supervisión de la institucionalización de la perspectiva de género y etnia, posibilitará incorporar objetiva e integralmente las necesidades de los escenarios locales. Por lo tanto, su implementación en el corto plazo contribuirá a la ejecución del Modelo.
- Es fundamental realizar negociaciones ante la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para obtener los recursos y reajustes presupuestarios coherentes con los compromisos que se deriven de la planificación territorial.
- La actualización del Reglamento Orgánico Interno del MSPAS es obligatorio, para dar mayor fortaleza y respaldo organizativo al Modelo. Este instrumento jurídico debe conducir a un reordenamiento del Nivel Central y del Nivel Ejecutor, en una forma tal que garantice su sostenibilidad.

ANEXOS:

a. Fichas técnicas Red de Servicios de Salud.

| Centro Comunitario de Salud | |
|-----------------------------|---|
| Sígla | CC |
| Definición | Es el establecimiento de salud de menor complejidad del MSPAS, que por encontrarse en las comunidades, constituye la puerta de entrada de las personas a la red servicios, permitiendo que se implementen acciones coordinadas con los terapeutas tradicionales y que se establezca una relación dinámica y participativa con los distintos actores comunitarios. Están ubicados en cada sector de salud, cubriendo a una población que puede oscilar entre los 1,200 y 4,000 habitantes. En estos centros, se implementan acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. |
| Ubicación | Sector |
| Cobertura | 1,200 a 4,000 habitantes |
| Criterios Especiales | El Sector, es un espacio geográfico del municipio, que se conforma a partir de la agrupación de un conjunto de comunidades, considerando las siguientes características: a. Accesibilidad b. Vías de comunicación c. Aspectos topográficos d. Demográficos e. Culturales y lingüísticos f. Geográficos, climáticos d. Demográficos |
| Cartera de Servicios | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y se prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. 2. Atención de urgencias de menor complejidad. 3. Elaboración de Censos Comunitarios y condiciones ambientales 4. Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables, 5. Control de enfermedades transmitidas por Vectores, 6. Control excretas, basura y agua. |
| Horario de atención | 8 horas, de lunes a viernes |
| Recurso humano | Equipos comunitarios de salud, integrados por auxiliares de enfermería. El número de integrantes puede oscilar entre 2 y 4 miembros, dependiendo de la carga laboral*. * La carga laboral, se define de acuerdo a los siguientes criterios: a. Numero y distribución de la población b. Topografía, geografía y clima c. Determinantes, condicionantes y riesgos d. Nivel de organización comunitaria e. Vías y medios de comunicación. |
| Infraestructura mínima | a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica, servicios sanitarios. b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera. |

- c. Área de consulta externa: Consultorio para la entrevista y exploración física del paciente, área de procedimientos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), cuarto de aseo.
- d. Área administrativa: Archivo clínico, farmacia, bodega de medicamentos, sanitario de personal.

| Puesto de Salud | |
|-------------------------------|---|
| Sigla | PS |
| Definición | Establecimiento que cuenta con las mismas características del Centro Comunitario de Salud, pero que adicionalmente funciona como sede de los Equipos de apoyo técnico a los equipos comunitarios ubicados dentro de cada territorio, a través de los cuales cubre a un promedio de 10,000 habitantes. |
| Ubicación | Territorio |
| Cobertura | 10,000 habitantes |
| Criterios Especiales | El Territorio, es la agrupación de 3 a 6 sectores de salud, cubriendo a un promedio de 10,000 habitantes. En cada territorio debe existir un Puesto de Salud, Sin embargo, en aquellos municipios que no superen los 10,000 habitantes y que están conformados por un solo territorio, el Puesto de Salud deberá sustituirse por un Centro de Salud. |
| Cartera de Servicios | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y se prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. 2. Atención de urgencias de menor complejidad. 3. Elaboración de Censos Comunitarios y condiciones ambientales 4. Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables, 5. Control de enfermedades transmitidas por Vectores, 6. Control excretas, basura y agua. 7. Apoyo técnico a los equipos comunitarios ubicados dentro del territorio. |
| Horario de atención | 8 horas, de lunes a viernes |
| Recurso humano | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Recurso Humano descrito en los Centros Comunitarios, integrado por auxiliares de enfermería, cuyo número de integrantes puede oscilar entre 2 y 4 miembros, dependiendo de la carga laboral. 2. El equipo de apoyo a los equipos comunitarios: <ol style="list-style-type: none"> a. Responsable de la atención individual (Medico/a o Enfermera) b. Responsable de la Atención Familiar (Enfermera o Técnico/a en Salud Rural con diplomado en Salud Mental) c. Responsable de la Atención comunitaria (Técnico/a en Salud Rural, Inspector de Saneamiento ambiental, Trabajadora/or Social) d. Asistente de información (Bachiller en computación). |
| Infraestructura mínima | <ol style="list-style-type: none"> a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica. b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera. c. Área de consulta externa: Consultorio para la entrevista y exploración física del paciente, área de procedimientos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), cuarto de aseo. d. Área administrativa: Archivo clínico, farmacia y bodega de medicamentos, oficina de equipo de apoyo, área de digitación y sala de reuniones. |

| Centro de Salud | |
|-----------------------------|--|
| Sígl | CS |
| Definición | Establecimiento de salud, que coordina y articula la prestación de servicios con los Centros Comunitarios, Puestos de Salud y con otros servicios de mayor complejidad y capacidad resolutoria localizados en su área de influencia. Están ubicados en las microrregiones municipales, cubriendo a un promedio de 20,000 habitantes. El número de estos centros en un municipio dependerá de la cantidad de habitantes y su porcentaje ruralidad, esto con el fin acercarlos a las comunidades y distribuirlos de una forma equitativa. Los servicios que se prestan son similares a los prestados en CC y PS, adicionalmente los centros de salud, brindan atención médica, odontológica, psicológica y realizan pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico. |
| Ubicación | Se asignará un CS a todos los municipios que tienen una población menor de 20,000 habitantes. El número de CS adicionales dependerá de la cantidad de Microrregiones definidas para cada municipio. |
| Cobertura | 20,000 habitantes |
| Criterios Especiales | El CS es el responsable de dos territorios, cubriendo un promedio de 20,000 habitantes. A partir de esto, se ubicarán más CS dependiendo del número de microrregiones municipales definidas. la ruralidad del municipio: |
| Cartera de Servicios | <ol style="list-style-type: none"> Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. Complementariedad y articulación con la prestación de servicios de servicios de salud proporcionados por los establecimientos de menor y mayor complejidad ubicados en su área de influencia. <p>Adicionalmente, se realizan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Procedimientos menores. Estabilización, atención y referencia de emergencias. Consultas Médicas, Odontológicas y Psicológicas. Laboratorio básico. |
| Horario de atención | 8 horas de lunes a viernes* *El horario de atención puede ampliarse hasta 12 horas o fines de semana, de acuerdo a la demanda del escenario local. |
| Recurso humano | <ol style="list-style-type: none"> Medico/a General Odontólogo/a Psicólogo/a Enfermera/o Graduada Auxiliar de enfermería Técnico/a de Salud Rural Inspector/a de Saneamiento Ambiental Técnico/a en laboratorio Personal operativo: intendencia, guardianía, pilotos, secretaria. Digitador/a. Coordinador. Trabajador/a Social Otros técnicos o profesionales de salud que se requieren según normas. |

Infraestructura mínima

- a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica.
- b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera.
- c. Área de consulta externa: 4 consultorios para la entrevista y exploración física del paciente, clínica odontológica, clínica de salud mental, área de procedimientos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), archivo clínico, laboratorio, cuarto de aseo.
- d. Área administrativa: Coordinación, Área administrativa con 6 a 8 cubículos, Secretaria, archivo clínico, farmacia y bodega de medicamentos, sanitario de personal, área de digitación, sala de reuniones.

| Maternidad Periférica | |
|------------------------|--|
| Sigla | ----- |
| Definición | Establecimiento de salud de atención permanente, dedicada a la resolución de parto no complicado y atención del neonato. Tiene como vocación descongestionar la red hospitalaria y se ubicara en grandes ciudades con alta densidad poblacional y alta tasa de natalidad. |
| Ubicación | Grandes ciudades |
| Cobertura | Variable |
| Criterios Especiales | Ciudades con densidad poblacional arriba de 5,000 habitantes por km cuadrado y Tasa de natalidad arriba del promedio nacional. *La ubicación de estos servicios estará condicionada por las características del escenario local. |
| Cartera de Servicios | Consulta externa especializada en Obstetricia Atención del Prenatal Atención del Parto con pertinencia cultural Atención del Postparto Atención del neonato Servicio de Laboratorio Referencia y traslado de casos complicados. Consejería de Planificación Familiar. |
| Horario de atención | 24 horas, de lunes a domingo |
| Recurso humano | a. Medico/a Obstetra b. Medico/a Pediatra c. Enfermera d. Auxiliar de enfermería e. Técnicos de laboratorio f. Personal Administrativo y operativo de apoyo g. Coordinador h. Piloto o conductora de ambulancia. |
| Infraestructura mínima | a. Área general: Portal, Sanitarios (hombres/mujeres), Sala de espera. b. Área de consulta externa: archivo clínico, farmacia y bodega de medicamentos, 4 consultorios, área de procedimientos (curación, hipodermia, inmunizaciones), laboratorio, sanitarios de personal (mujeres/hombres), cuarto de aseo. c. Área hospitalaria: Sala de espera, clínica de clasificación (con dos cubículos), sala de observación (2 camillas), sala de labor (2 camas + sanitario), 2 salas de parto (incluyen espacio de atención inmediata de RN), sala de recuperación, encamamiento de mujeres (6 a 10 camas + sanitario), sala de pediatría (6 cunas), central de equipos + bodega de equipos, estar para personal masculino + baño, estar para personal femenino + baño, cuarto de aseo. d. Área de mantenimiento: bodega de equipos y suministros, lavandería, área de cocina y comedor, área de mantenimiento. e. Área administrativa: Coordinación, área administrativa con 6 a 8 cubículos, secretaria y archivo. |

| Policlínico | |
|------------------------|--|
| Sígl | ----- |
| Definición | Establecimiento de salud que proporcionan servicios de consulta médica especializada, ubicado en cabeceras departamentales o ciudades con perfil epidemiológico que requiere atención especializada. La finalidad de estos servicios es desconcentrar las consultas externas de los hospitales y acercar los servicios especializados a la población. Consta de un área de consulta externa y un área de Hospital de Día. |
| Ubicación | Cabecera Departamental y/o ciudades con perfil epidemiológico que requiere atención especializada. |
| Cobertura | |
| Criterios Especiales | Las especialidades del policlínico se definirán en base al perfil epidemiológico. |
| Cartera de Servicios | 1.Servicios de consulta externa general y de especialidades médicas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, ginecobstetricia, Traumatología, Fisiatría y Rehabilitación, Oftalmología, Radiología, Salud Mental, Odontología, proporcionada a pacientes que han sido referidos por otros establecimientos. 2. Referencia de pacientes para seguimiento en otros establecimientos. |
| Horario de atención | 8 horas de lunes a viernes |
| Recurso humano | a. Coordinador. b. Medico/a Obstetra c. Medico/a Pediatra d. Médico/a Internista e. Medico/a Traumatólogo/a f. Medico/a Cirujano g. Medico/a Fisiatra h. Medico/a Oftalmólogo/a h. Odontólogo/a i. Medico/a Radiólogo/a h. Psicóloga/o i. Enfermera/o Graduada/o j. Auxiliar de Enfermería k. Técnicos de laboratorio l. Personal administrativo y operativo m. Medico/a anestesiólogo. n. otros profesionales o técnicos. |
| Infraestructura mínima | a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica. b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera. c. Área de consulta externa: 8 consultorios de atención medica para la entrevista y exploración física del paciente, clínica odontológica, clínica oftalmológica, clínica de salud mental, área de Rehabilitación, área de procedimientos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), estación de enfermería, laboratorio, área de Rx, área de USG, sanitario de personal (hombres y mujeres), sanitario para pacientes (hombres y mujeres), cuarto de aseo. d. Área de Hospital de Día. e. Área administrativa: Coordinación, Secretaria, archivo clínico, área de digitación, área de reuniones, farmacia y bodega de medicamentos, sanitario de personal, área de digitación. |

Centro de Atención Permanente

| | |
|-----------------------------|--|
| Sígl | CAP |
| Definición | Establecimiento de salud para atención medica permanente las 24 horas del día. Cuenta con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias. Se ubican en municipios que tienen una población mayor de 20,000 habitantes, en áreas geográficas donde el traslado en vehículo de pacientes, a otro servicio de 24 horas, se lleve más de una hora. Desarrolla actividades dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. Estos servicios, están habilitados para la resolución de parto eutócico, por lo que cuenta con salas de atención del parto y el número de camas necesario de acuerdo a la población. |
| Ubicación | Se asignara un CAP a todos los municipios que tienen una población mayor de 20,000 habitantes. El número de CAP adicionales dependerá de la cantidad de Regiones Municipales definidos para cada municipio. |
| Cobertura | |
| Criterios Especiales | Los CAP se ubicaran en municipios con población mayor de 20,000 personas y en áreas geográficas donde el traslado en vehículo de una o un paciente a otros servicio de 24 horas, se lleve más de una hora. El número de CAP adicionales en un municipio variara de acuerdo al número de Regiones municipales de salud. |
| Cartera de Servicios | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. 2. Complementariedad y articulación con la prestación de servicios de servicios de salud proporcionados por los establecimientos de menor y mayor complejidad ubicados en su área de influencia. <p>Adicionalmente, se realizan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Procedimientos menores. b. Estabilización, atención y referencia de emergencias. c. Consultas Médicas, Odontológicas y Psicológicas. d. Atención del Parto eutócico. e. Atención al neonato. f. Encamamiento. g. Laboratorio básico. h. Atención medica permanente. |
| Horario de atención | 24 horas, de lunes a domingo |
| Recurso humano | <ol style="list-style-type: none"> a. Medico/a General b. Odontóloga/a c. Psicólogo/a d. Enfermera/o Graduada e. Auxiliar de enfermería f. Técnico/a de Salud Rural |

| | |
|--------------------------------------|---|
| <p>Infraestructura mínima</p> | <ul style="list-style-type: none"> g. Inspector/a de Saneamiento Ambiental h. Técnico/a en laboratorio i. Personal operativo: intendencia, guardianía, pilotos, secretaria. j. Digitador/a. k. Coordinador h. Otros técnicos o profesionales de salud que se requieren según normas. a. Área general: Portal, Sanitarios (hombres/mujeres), Sala de espera. b. Área de consulta externa: archivo clínico, farmacia y bodega de alimentos, 4 consultorios generales, consultorio dental, área de procedimientos (curación, hipodermia, inmunizaciones), laboratorio, sanitarios de personal (mujeres/hombres), cuarto de aseo. c. Área hospitalaria: Sala de espera, clínica de clasificación (con dos cubículos), sala de emergencias, sala de observación (2 camillas), sala de labor (2 camas + sanitario), 2 salas de parto (incluyen espacio de atención inmediata de RN), sala de recuperación, encamamiento de mujeres (6 a 10 camas + sanitario), sala de pediatría (6 cunas), central de equipos + bodega de equipos, estar para personal masculino + baño, estar para personal femenino + baño, cuarto de aseo. d. Área de mantenimiento: bodega de equipos y suministros, lavandería, área de cocina y comedor, aérea de mantenimiento. e. Área administrativa: Coordinación, área administrativa con 6 a 8 cubículos, secretaria y archivo. |
|--------------------------------------|---|

Centro de Atención Integral Materno Infantil

| | |
|-----------------------------|--|
| Sígl | CAIMI |
| Definición | Establecimiento de salud para la atención integral de pacientes las 24 horas del día. Cuenta con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias. Están ubicados en zonas geográficas con tasa de mortalidad materna por encima del promedio nacional y donde se requiera mas de una hora en vehículo para trasladar a una paciente a otro servicio público, que cuente con la capacidad de resolver quirúrgicamente un parto. Sus acciones están dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, prestando los servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de genero e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. Estos centros, están habilitados para la atención del parto eutócico y la resolución quirúrgica del parto, disponiendo del encamamiento necesario de acuerdo a I+D3a población, quirófano y salas de atención del parto. |
| Ubicación | Zonas geográficas de acceso limitado y con mortalidad materna por encima del promedio nacional. |
| Cobertura | Los CAIMI se ubicaran en zonas geográficas con tasa de mortalidad materna por encima del promedio nacional y donde se requiera más de una hora en vehículo, para trasladar a una paciente a otro servicio público que cuente con la capacidad de resolver quirúrgicamente un parto. |
| Criterios Especiales | |
| Cartera de Servicios | <p>1. Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención.</p> <p>Adicionalmente, se realizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Procedimientos menores. b. Estabilización, atención y referencia de emergencias. c. Consultas Médicas, Odontológicas y Psicológicas. d. Atención del Parto eutócico. e. Resolución quirúrgica del parto. f. Atención al neonato. g. Encamamiento. h. Laboratorio básico. i. Atención medica permanente |
| Horario de atención | 24 horas diarias, de lunes a domingo |
| Recurso humano | <ul style="list-style-type: none"> a. Medico/a General b. Medico/a Obstetra c. Enfermera/o Graduada/o d. Auxiliar de Enfermería e. Técnico en Salud Rural f. Inspector/a de saneamiento ambiental g. Medico/a Pediatra h. Odontólogo/a i. Psicólogo/a j. Técnicos de laboratorio k. Coordinador l. Personal administrativo y operativo de apoyo. |

Infraestructura mínima

- a. Área general: Portal, Sanitarios (hombres/mujeres), Sala de espera.
- b. Área de consulta externa: archivo clínico, farmacia y bodega de alimentos, 4 consultorios generales, consultorio dental, área de procedimientos (curación, hipodermia, inmunizaciones), laboratorio, sanitarios de personal (mujeres/hombres), cuarto de aseo.
- c. Área hospitalaria: Sala de espera, clínica de clasificación (con dos cubículos), sala de emergencias y estabilización (4 cubículos + sanitario), sala de observación (2 camillas), sala de labor (2 camas + sanitario), 2 salas de parto (incluyen espacio de atención inmediata de RN), sala de recuperación, encamamiento de mujeres (12 camas + sanitario), sala de pediatría (8 cunas), área blanca, quirófano 1, vestidor medico, central de equipos + bodega de equipo medico quirúrgico, estar para personal masculino + baño, estar para personal femenino + baño, estación de enfermería y servicios colaterales, cuarto de aseo.
- d. Área de mantenimiento: bodega de equipos y suministros, lavandería, área de cocina y comedor, área de mantenimiento.
- e. Área administrativa: Coordinación, arrea administrativa con 6 a 8 cubículos, secretaria y archivo.

| Hospital tipo I | |
|----------------------|--|
| Sigla | ----- |
| Definición | Forman parte de la Red Departamental. Es el hospital donde se prestan servicios relacionados con atención médica curativa, además de servicios de salud relacionados con promoción y prevención intra hospitalaria y de rehabilitación de base comunitaria. Contará con una cartera de servicios definida por su perfil epidemiológico, brindando servicios de hospitalización con sus componentes según especialidad. El servicio de preferencia debe ser cubierto por médicos especialistas en las cinco áreas básicas de atención, Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y Traumatología básica; de no poder cubrir estos servicios con dicho personal, podrá ser cubierto por médicos generales, con las capacidades y habilidades pertinentes. |
| Ubicación | Microrregión Departamental |
| Cobertura | 400,000 habitantes |
| Criterios Especiales | ----- |
| Cartera de Servicios | <p>Medicina General</p> <p>Cirugía General (incluye Traumatología Básica)</p> <p>Pediatría General y Neonatología.</p> <p>Obstetricia (atención del parto eutócico y distócico por médico y eutócico por comadrona)</p> <p>Anestesiología</p> <p>Odontología (de acuerdo a lo definido por el Programa de Salud Bucal)</p> <p>Interconsulta</p> <p>Consulta Externa</p> <p>Laboratorio Clínico</p> <p>Radiodiagnóstico</p> <p>Emergencia</p> <p>Depósito de Sangre</p> <p>Transporte de pacientes al nivel de atención superior</p> <p>Apoyo diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiografía básica • Ultrasonido • Telemedicina (consultas a distancia) • Espirometrías • Punciones pleurales • Punciones abdominales • Curaciones • Inserción y Extracción de DIU e implantes sub dérmicos. • Anticoncepción quirúrgica voluntaria (femenina y masculina) • Inserción y Extracción de DIU • Legrado uterino • (de urgencia) • Aspiración manual endouterina |
| Horario de atención | 24 horas diarias, de lunes a domingo |
| Recurso humano | Recurso humano especializado. |

| Hospital tipo II | |
|----------------------|---|
| Sígl | ----- |
| Definición | Es aquel que además de servicios de salud relacionados con promoción y prevención intra hospitalaria y de rehabilitación de base comunitaria, tiene mayor capacidad resolutive que el Tipo I, cartera de servicios fortalecida de acuerdo al perfil epidemiológico, prestación de servicios médicos con la presencia de especialistas y equipo diagnóstico adecuado a la oferta de servicios. El número de camas será definido de acuerdo a la demanda, perfil epidemiológico y producción |
| Ubicación | Departamento |
| Cobertura | Variable |
| Criterios Especiales | ----- |
| Cartera de Servicios | <p>Medicina Interna Cirugía Especializada Pediatría Ginecología Obstetricia (atención de parto eutócico y distócico por médico y eutócico por comadrona) Traumatología Ortopedia Anestesiología Medicina General Odontología Interconsulta Consulta Externa Laboratorio Clínico Radiodiagnóstico Emergencia Psiquiatría o Psicología Transporte de pacientes al nivel de atención superior De acuerdo al perfil epidemiológico, prestará servicios de rehabilitación física de base comunitaria, o bien, en sus instalaciones Promoción y prevención intra-hospitalaria de la salud. Depósito de Sangre</p> <p>Servicios de apoyo diagnósticos: Los listados en los hospitales tipo I y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electromiograma • Mamografía |
| Horario de atención | 24 horas diarias, de lunes a domingo |
| Recurso humano | Especializado de acuerdo a la oferta de servicios. |

| Hospital tipo III | |
|----------------------|---|
| Sigla | ----- |
| Definición | Es aquel donde se prestan los servicios médicos integrados, descritos en el tipo I y II, con adición de otras especialidades y unidades de cuidados intensivos. Posee mayor capacidad resolutoria en los campos de especialidades médicas y tecnológicas, se incluyen imágenes diagnósticas de alta complejidad. El número de camas será definido de acuerdo a la demanda, perfil epidemiológico y producción. |
| Ubicación | Región |
| Cobertura | Variable |
| Criterios Especiales | ----- |
| Cartera de Servicios | <p>Medicina Interna y sub especialidades</p> <p>Cirugía y sus Especialidades</p> <p>Pediatría y sus Especialidades</p> <p>Ginecología, Obstetricia y sus Especialidades</p> <p>Traumatología</p> <p>Ortopedia</p> <p>Anestesiología</p> <p>Odontología</p> <p>Consulta Externa</p> <p>Urgencias</p> <p>Encamamiento de corto y mediano plazo</p> <p>Cuidados Intensivos de adultos y niños</p> <p>Laboratorio Clínico</p> <p>Radiodiagnóstico especializado</p> <p>Psiquiatría</p> <p>De acuerdo al perfil epidemiológico, prestará servicios de rehabilitación física de base comunitaria, o bien, en sus instalaciones.</p> <p>Promoción y prevención de la salud intra hospitalaria.</p> <p>Emergencia.</p> <p>Banco de Sangre</p> <p>Servicios Diagnóstico Terapéuticos</p> <p>Servicios de apoyo diagnóstico:</p> <p>Los descritos en los hospitales tipo I y II y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía cardíaca • Tomografía Axial Computarizada • Medición de función pulmonar y Espirómetros especializadas • Otras especialidades Diagnósticas |
| Horario de atención | 24 horas diarias, de lunes a domingo |
| Recurso humano | Recurso humano especializado de acuerdo a la oferta de servicios. |

Hospital tipo IV

| | |
|-----------------------------|---|
| Sigla | ----- |
| Definición | Están ubicados en áreas urbanas del país que por accesibilidad y demanda de los servicios requieran de alta complejidad para brindar atención a las regiones de salud. Son hospitales donde se prestan servicios de atención propios de un Hospital General y los servicios de centros especializados en un campo específico de la medicina. En él se concentra lo más especializado en el campo de los recursos humanos y tecnológicos, prestan servicios con sub especialidades, desarrollan docencia e investigación y se apoya en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización de servicios. |
| Ubicación | Central y Regional |
| Cobertura | Variable |
| Criterios Especiales | ----- |
| Cartera de Servicios | <p>La cartera servicios del Hospital tipo IV, resulta de la interrelación de especialidades con sus técnicas y procedimientos mediante los cuales Se hacen efectivas todas las Prestaciones sanitarias de urgencia, encamamiento de corto, mediano y largo plazo, cuidados intensivos y servicios de 24 horas. De acuerdo al perfil epidemiológico y especialidad, prestará servicios de rehabilitación física en sus instalaciones y en lo posible rehabilitación de base comunitaria, además de la promoción y prevención de la salud intra hospitalaria.</p> <p>Los servicios de apoyo diagnostico son los descritos en los hospitales tipo I, II y III, Sin embargo, de acuerdo a las necesidades se ofertaran adicionalmente los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia Magnética Nuclear • Diagnóstico por radioisótopos • Densitometría Ósea • Cardiología no invasiva e invasiva • Trasplantes • Otros determinados por la necesidad tecnológica y epidemiológica. |
| de atención | 24 horas diarias, de lunes a domingo |
| Recurso humano | Personal especializado de acuerdo a la oferta de servicios. |