ACUERDO No. 17/2025

EL GERENTE
DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que la seguridad social es un derecho humano fundamental y un pilar esencial para la protección del bienestar de las personas a lo largo de su vida, la cual comprende un conjunto de políticas y programas diseñados para afrontar los distintos riesgos o contingencias que amenazan la salud, el bienestar y la capacidad productiva de los individuos y de la colectividad de la que forma parte.

CONSIDERANDO:

Que la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, establece que dentro de los beneficios del Régimen de Seguridad Social, se encuentra la protección a los riesgos que comprometen la salud; y que el Reglamento de Asistencia Médica para el Instituto establece que la asistencia médica que otorga el Régimen de Seguridad Social debe dar un servicio médico que se preocupe tanto por la salud individual como colectiva; interesarse por el fomento y la conservación de la salud y no solo por su restablecimiento; proteger en lo posible el núcleo familiar como base en la sociedad, comprendiendo en sus alcances a la maternidad y la infancia e incluir la rehabilitación como parte del proceso de la atención médica.

CONSIDERANDO:

Que la Política Preventiva de la Seguridad Social en Guatemala tiene como Objetivo prevenir y minimizar los riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes, así como de la vejez, privilegiando el enfoque integral, que incluye la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el desarrollo sostenible en general, entre otros; optimizando los recursos disponibles.

CONSIDERANDO:

Que en el Plan Estratégico Institucional PEI 2023-2027 se ha propuesto como parte de los desafíos institucionales, la implementación de un modelo de atención integral, basado en la Atención Primaria en Salud (APS), las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y la Medicina Familiar, con el objetivo de otorgar servicios de salud integrales y oportunos, mejorando la calidad y cobertura de los servicios, promoviendo una mayor accesibilidad y pertinencia en la atención médica, a través de asegurar que la prestación de servicios esté estructurada de manera territorializada y enfocada en la prevención y promoción de la salud.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL GERENTE

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL SECRETARIA DE GERENCIA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ENCARGADA DEL DESPACHO DEL SECRETARIO ADJUNTO DE LA GERENCIA

7ª. Avenida 22-72, zona 1, Centro Cívico Guatemala, C. A. PBX: 2412-1224.
www.igssgt.org

ACUERDO No. 17/2025

CONSIDERANDO:

Que la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, facilitará el acercamiento de los servicios de salud a la población, reduciendo el gasto de bolsillo y promoviendo la equidad en el acceso a la atención, considerando la experiencia, los resultados y la evidencia de los países en los cuales esta se ha implementado, los que han demostrado eficiencia en la red de sus servicios, el acceso oportuno y equitativo, con un impacto positivo en la cobertura e indicadores de salud.

CONSIDERANDO:

Que la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria fortalecerá la implementación de un modelo de atención integral en salud para el Instituto en el marco de la Atención Primaria en Salud y de las Redes Integradas de los Servicios de Salud; lo cual contribuirá a una atención integral oportuna, eficiente y de calidad para los afiliados y derechohabientes en su entorno laboral, familiar y comunitario mediante la planificación y organización eficiente de los servicios y recursos institucionales, reforzando la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, y el acceso equitativo a servicios de calidad. Este enfoque integral permitirá al IGSS consolidar su compromiso con el bienestar de sus afiliados y derechohabientes.

POR TANTO,

Con fundamento en lo considerado y en uso de las atribuciones que le confiere el Artículo 15 de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto 295 del Congreso de la República de Guatemala.

ACUERDA:

Artículo 1. Autorizar la implementación gradual de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, basada en un marco conceptual único y en lineamientos estratégicos para gestionar los procesos, recursos y adecuaciones institucionales que permitan la actualización del Modelo de Atención Integral en Salud del Instituto, orientado a fortalecer la capacidad de respuesta institucional de manera integral y continua; y, el acceso a la red de servicios de salud, teniendo como sujetos centrales la población afiliada y derechohabiente.

Artículo 2. La implementación gradual de la Estrategia de Salud Familiar Comunitaria requiere que se organice por etapas, asegurando de esta manera la sostenibilidad de las intervenciones, el uso racional de los recursos y la generación

ACUERDO No. 17/2025

de impacto sociosanitario en los territorios definidos; la etapa inicial permitirá el desarrollo de instrumentos técnicos, buenas prácticas y lecciones aprendidas, asegurando de esta manera la factibilidad y viabilidad de la implementación de la Estrategia en nuevos territorios, según se definan en las etapas posteriores.

Artículo 3. La implementación de la primera etapa de la Estrategia estará a cargo de los equipos de trabajo siguientes:

- Equipo Gestor Central
- Equipo Implementador Central
- Equipo Implementador Local
- Equipos interdisciplinarios

Artículo 4. El establecimiento del territorio y la implementación de la etapa inicial de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, estará a cargo del Equipo Gestor Central, Equipo Implementador Central y el Equipo Implementador Local, bajo un esquema de coordinación efectiva, quienes establecerán los criterios para su priorización, con su respectiva propuesta de implementación, la cual tendrá un carácter de plan piloto a través de la que se establecerá la viabilidad y factibilidad de su implementación y su ampliación hacia otros territorios; y, la definición de nuevas etapas, sobre la base de la evidencia técnica, científica y administrativa.

Artículo 5. Las Subgerencias del Instituto, cada una en el ámbito de sus respectivas competencias estarán a cargo del cumplimiento del presente Acuerdo, por lo que deberán de brindar el soporte y el acompañamiento necesario para garantizar la implementación de todos los procesos que conlleva la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, lo cual implica desarrollar todas las acciones técnicas, administrativas y financieras, promoviendo las adecuaciones que sean necesarias para garantizar su viabilidad.

Artículo 6. La Subgerencia de Planificación y Desarrollo en conjunto con la Subgerencia de Prestaciones en Salud, deberán gestionar la estructura formal de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, como parte de los procesos del Instituto, garantizando de esta manera los recursos financieros, infraestructura, humanos y las condiciones necesarias para la sostenibilidad en su implementación. Esta estructura deberá estar conformada por un equipo multidisciplinario idóneo a propuesta del Equipo Gestor Central.

Artículo 7. Considerando que esta Estrategia se desarrolla en el marco de las Redes Integradas de los Servicios de Salud y la Atención Primaria en Salud, se requiere que los equipos implementadores la vinculen con iniciativas o procesos que se desarrollan en el Instituto como lo es la Orientación Médica Telefónica, Clínicas de Empresas, Telemedicina, entre otros esfuerzos orientados a fortalecer

ACUERDO No. 17/2025

el acceso y la atención oportuna, así también se realicen las coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales que sean necesarias, con el objetivo de fortalecer su implementación.

Artículo 8. Los equipos implementadores, con el aval del Equipo Gestor Central, deberán presentar informes periódicos según sean requeridos, así como el informe anual de los resultados de la implementación de la primera etapa de la Estrategia, en el cual se describa el impacto financiero, los resultados sociosanitarios, análisis de factibilidad y viabilidad de la implementación de nuevas etapas de la Estrategia y recomendaciones de los nuevos territorios priorizados.

Artículo 9. Se delega a la Subgerencia de Prestaciones en Salud, para que, a través de Resoluciones de esa Subgerencia, se realice la implementación gradual de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, atendiendo los análisis respectivos, los resultados de la implementación, las recomendaciones de viabilidad y los dictámenes que considere pertinentes.

Artículo 10. Se delega a la Subgerencia de Planificación y Desarrollo el análisis, revisión y adecuación de la normativa existente y la elaboración de la normativa que permita la implementación de la Estrategia.

Artículo 11. El presente Acuerdo entra en vigencia cinco días hábiles después de su emisión y complementa las disposiciones institucionales.

En la Ciudad de Guatemala, el veinte de mayo de dos mil veinticinco.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
GERENTE

M. Sc. LIC. EDSON JAVIER RIVERA MENDEZ
GERENTE

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIA DE GERENCIA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENCARGADA DEL DESPACHO DEL SECRETARIO ADJUNTO DE LA GERENCIA

7ª. Avenida 22-72, zona 1, Centro Cívico Guatemala, C.A. PBX: 2412-1224.
www.igssgt.org

Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

Base conceptual y orientadora para la construcción y desarrollo de un **Modelo de Atención de la Salud en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

marzo 2025

Autoridades

JUNTA DIRECTIVA

Lic. José Adolfo Flamenco Jau
Presidente Junta Directiva

Lic. Manuel de Jesús Archila Cordón
Primer Vicepresidente

Lic. Mario David Cerón Donis
Segundo Vicepresidente

Dr. Luis Rodolfo Narciso Chúa
Vocal I

Sr. Oscar Eduardo Montoya White
Vocal II

Sr. Adolfo Lacs Palomo
Vocal III

GERENTE Y SUBGERENTES

M. Sc. Lic. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Dr. Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

M. Sc. Carlos Alberto Franco Antonio
Subgerente de Planificación y Desarrollo
Subgerente Financiero

M. Sc. Zamara Yohana Velásquez Ramos de Herrera
Subgerente de Recursos Humanos

Lic. Sergio Roberto Vinicio Barillas Ramirez
Subgerente de Tecnología

PhD. Dr. Héctor Fajardo Estrada
Subgerente Administrativo

Lic. José Domingo Argueta Salazar
Subgerente de Prestaciones Pecuniarias

Licda. Irma Estela Guzmán Herrera
Subgerente de Integridad y Transparencia Administrativa

EQUIPO TÉCNICO IGSS:

Dr. Julio César Valdes Díaz
Presidente del Consejo Técnico

Dr. Josué Homero Ramírez
Gerencia

Dra. Ada Waleska Vargas
Gerencia

EQUIPO TÉCNICO POR LA OPS / OMS:

Dr. Ivett Hernández

Dr. Marina Cruz

Dr. Alcindo Ferla

Dr. Alexandre Florencio

PARTICIPANTES:

Subgerencia de Prestaciones en Salud
Dr. Rudy López (Asesor)
Dra. Doris Cifuentes (Directora Departamental Escuintla)
Dr. Martin López (Subdirector del Hospital Santa Lucía Cotzulmalguapa, Escuintla)
Dr. Fabio Espaderos (Director Consultorio Siquinalá, Escuintla)
Dra. Andrea Morales (Directora Consultorio La Democracia, Escuintla)

Subgerencia de Planificación y Desarrollo
M. Sc. Lic. Selvin Diaz (Asistente de Dirección)
Ing. Joel Juárez (Asistente de Dirección)

Subgerencia de Recursos Humanos
Dr. Gary Reyes (Jefe del Departamento de Capacitación y Desarrollo)
Dra. Elva Gutiérrez (Supervisor, Departamento de Capacitación y Desarrollo).

Presentación

El presente documento establece el marco conceptual y los lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFC) en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la cual tiene como propósito fortalecer el modelo de atención en salud, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), promoviendo una atención integral, continua y centrada en las necesidades de la población afiliada y derechohabiente considerando su entorno laboral, familiar y comunitario.

Esta propuesta responde a los desafíos actuales de la seguridad social como parte del sistema de salud, caracterizados por un incremento en la demanda de servicios, una alta carga de enfermedades crónicas y la necesidad de mejorar la eficiencia y accesibilidad de los servicios de salud, por lo que la implementación de la Estrategia fortalecerá la capacidad del IGSS para ofrecer una atención oportuna, accesible, equitativa y de calidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, asegurando una respuesta efectiva a las necesidades de la población afiliada y derechohabiente.

La Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria permitirá ampliar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, mejorar la continuidad del cuidado y optimizar los recursos disponibles, con el objetivo de reducir la dependencia de la atención hospitalaria y fortalecer la prevención de enfermedades, a través de la reorganización de la provisión de servicios en función del territorio, adoptando un enfoque basado en la APS y las RISS.

Esta estrategia está alineada con los objetivos y metas establecidas en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2027 del IGSS, particularmente con el Objetivo 3, que busca garantizar la prestación de servicios de salud integrales, oportunos y de calidad. En este marco, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria representa una acción clave para consolidar un modelo de atención sostenible, eficiente y equitativo, asegurando la cobertura progresiva de la población afiliada en todo el territorio nacional (IGSS, 2023).

Para garantizar su eficacia, se implementará de manera gradual y escalonada, considerando criterios epidemiológicos, socioeconómicos y de infraestructura, con el objetivo de alcanzar una cobertura progresiva en la población asegurada. Además, establece mecanismos de coordinación interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), asegurando una integración efectiva dentro del sistema nacional de salud.

Para este documento, se entenderá como Estrategia, al marco conceptual y las acciones a corto, mediano y largo plazo que servirán de hoja de ruta para la toma de decisiones, la planificación de recursos y la implementación de buenas prácticas, promoviendo un modelo sostenible y eficiente que garantice el acceso universal a servicios de salud de calidad en el IGSS.

Contenido

Introducción 11

1. Contexto y justificaciones de la Estrategia 13
   - Desigualdades territoriales y necesidad de intervención 16
   - Propuesta de un Modelo de Atención Integral 16
   - Experiencias Internacionales y viabilidad de la Estrategia 16
     a. Costa Rica 16
     b. Brasil 17
     c. Chile 17

2. Relevancia de la Salud Familiar y Comunitaria para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 19

3. Marco político e institucional del IGSS 19

4. Objetivos de la Estrategia 21
   - General 21
   - Específicos 21

5. Alcance y cobertura 22

6. Marco Conceptual y operativo para la implementación 23
   - Definiciones clave 23
     - Atención Primaria en Salud (APS) 23
     - Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) 23
     - Red de Atención de Salud (RAS) 24
     - Salud Familiar y Comunitaria 24
     - Organización del territorio 24
     - Servicios de salud integrados 25
     - Promoción de la Salud 25
     - Prevención de Enfermedades 25
     - Rehabilitación 25
     - Cuidados paliativos 25
     - Atención de la Salud en Domicilio (ASD) 26
     - Visita Domiciliar 26
     - Hospitalización Domiciliaria 26
     - Hospitalización Evitable 27
     - Clínica de Día 28
     - Dispensarización 28

7. Principios rectores: 29
Integralidad en la atención 29
Longitudinalidad 29
Continuidad de la atención 30
Continuidad del Cuidado 30
Calidad de la atención 30
Atención Centrada en las Personas 31
Equidad en las intervenciones 31

8. Desarrollo de la Estrategia 32
Gobernanza, estructura operativa y coordinación 32
Equipo Gestor Central 32
Equipo implementador central 33
Equipo Implementador Local 33
Equipo interdisciplinario de Salud Familiar y Comunitaria 34
Intersectorialidad y participación comunitaria 36
Evaluación de resultados y rendición de cuentas 36
Servicios de salud del Instituto 37

9. Componentes de la Estrategia según el Marco Normativo del IGSS 38
Atención integral basada en APS 38
Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades 38
Curación, rehabilitación y cuidados paliativos 39
a. Curación 39
b. Rehabilitación 40
c. Cuidados paliativos 40
Visita domiciliar 40
Proceso de gestión integral del recurso humano 41
Participación comunitaria 42
Intersectorialidad 42
Implementación de las tecnologías de información y comunicación 42
Supervisión, monitoreo y evaluación 42

10. Recursos necesarios y condiciones habilitadoras para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria 43
Decisión política 43
Análisis de situación del territorio seleccionado 44
Gestión del territorio 44
Infraestructura y tecnologías sanitarias 45
Gestión del Recurso humano 45
Estrategia de comunicación 45
Adecuaciones normativas 46
Servicios de apoyo 46
Presupuesto necesario 46

11. Evaluación y Sostenibilidad 47
Indicadores 47
Bibliografía 49

Siglas y acrónimos

ASD	Atención de la Salud en Domicilio
APS	Atención Primaria en Salud
Ca	Cáncer
CIMF/WONCA	Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar/ World Organization of Family Doctors
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
HCE	Historia Clínica Electrónica
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SFC	Salud Familiar y Comunitaria
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ÁREA DE
VACUNACIÓN

Introducción

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social responde a la población trabajadora del país con sus dos programas insignias: Pensiones y Salud, posicionándose en el imaginario de la población como la Institución social que brinda una respuesta efectiva ante problemas de salud (agudos y crónicos) y la alternativa de mayor viabilidad ante los desafíos de la vejez. El contexto socioeconómico guatemalteco ha sido determinante tanto para las condiciones de vida del individuo como para el desempeño de la Institución, razón por la cual su observancia ha sido permanente, sumado a elementos de orden político que la regulan.

En este marco contextual, se identifican desafíos que demandan una reacción institucional orientada más a resolver lo estructural, garantizando con ello sostenibilidad e impacto de las intervenciones. Es en este sentido, las autoridades superiores del IGSS, han planteado a través del Plan Estratégico Institucional 2023 - 2027 el abordaje del complejo salud-enfermedad bajo una perspectiva que trascienda el modelo actual hacia un modelo de mayor integralidad, con servicios más cercanos al individuo y su familia y que las acciones consideren el contexto socioeconómico como un factor que determina esa situación de salud.

La propuesta de una Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, contenida en el presente documento, es el resultado de un proceso de análisis, estudio y valoración de esta estrategia sanitaria, ubicándola como la de mayor viabilidad e impacto para mejorar las condiciones de vida de la población afiliada y su familia.

Significa, la Salud Familiar y Comunitaria una articulación funcional con otras estrategias de igualmente probada eficacia: Redes Integradas de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud, las que en su conjunto configuran un Modelo de Atención de Salud para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El documento detalla la justificación de la estrategia, su marco conceptual y operativo, los criterios de territorialización, las fases de implementación y los mecanismos de monitoreo y evaluación. Además, plantea estrategias de articulación interinstitucional con actores clave como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS), garantizando una respuesta coordinada y alineada con los principios de salud universal.

Para la puesta en marcha de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria se plantean condiciones habilitadoras, las cuales serán detalladas en un Plan de Implementación; así como la definición de la gobernanza, es decir, la conformación de equipos conductores e implementadores del proceso, que estarán conformados por trabajadores del Instituto pertenecientes a diversas dependencias del nivel central y trabajadores de los territorios seleccionados, respectivamente.

A través de esta estrategia, el IGSS reafirma su compromiso con el fortalecimiento y actualización del modelo de atención, priorizando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la equidad en el acceso a los servicios. Con este enfoque, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria contribuirá significativamente al bienestar de la población afiliada y derechohabiente, así como al fortalecimiento del sistema de salud del país.

1. Contexto y justificaciones de la Estrategia

La seguridad social es un derecho humano fundamental y un pilar esencial para la protección del bienestar de las personas a lo largo de su vida. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), comprende un conjunto de políticas y programas diseña dos para garantizar el acceso a la atención médica, prestaciones económicas y protección frente a riesgos como la enfermedad, la vejez, el desempleo y la maternidad, con el propósito de reducir la vulnerabilidad socioeconómica, promoviendo la equidad, la estabilidad y el desarrollo sostenible en las sociedades (OIT, 2024).

A nivel global, la seguridad social se ha consolidado como un componente clave en las estrategias de desarrollo. Sin embargo, a pesar de los avances en cobertura, 3,800 millones de personas siguen sin acceso a ningún tipo de prestación, lo que representa un desafío urgente para los sistemas de salud y protección social en el mundo (OIT, 2024). En este contexto, los sistemas de seguridad social no solo deben garantizar el acceso a servicios básicos de salud, sino también adaptarse a las nuevas realidades globales, tales como el cambio climático, el envejecimiento poblacional y la transformación del mercado laboral.

Para ello, es esencial fortalecer políticas que amplíen la cobertura, garanticen la sostenibilidad financiera y fomenten la equidad en el acceso a la salud.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), realiza intervenciones para fortalecer el modelo de atención en salud, atendiendo a diversas circunstancias, dentro de estas, la incremental demanda de atención como consecuencia del perfil epidemiológico y las condiciones socioeconómicas de la población guatemalteca, y en la línea de encontrar alternativas a la desbordada capacidad de respuesta en las Unidades Médicas de atención.

El país enfrenta una triple carga epidemiológica que incluye enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles (como diabetes e hipertensión) y lesiones por causas externas, lo que incrementa la presión sobre el sistema de salud (OPS, 2024). Para el IGSS, las enfermedades crónicas representan un desafío económico y sanitario crítico. Entre 2019 y 2021, la prevalencia de hipertensión aumentó del 48% al 50.1%, mientras que la diabetes pasó del 34% al 35.1%. Este panorama es comparable con países como México, donde las enfermedades crónicas consumen más del 60% del gasto en salud pública (Rivera-Dommarco, 2018).

Dentro de los desafíos institucionales se describe el incremento de las personas protegidas en el régimen de seguridad social derivado de las estrategias institucionales dirigidas a la ampliación de la cobertura, con un crecimiento promedio anual esperado de 9.5%; del 2022 al 2023 este aumento fue del 8%; con el consecuente incremento de demanda a los servicios de salud en consulta externa, hospitalizaciones y atención de las emergencias, las cuales reflejan una tendencia al aumento desde el año 2020.

Es importante mencionar que el Instituto atiende una proporción importante de pacientes con diagnóstico de cáncer, registrando una Tasa de Incidencia promedio por año del 12%, lo que representa aproximadamente 1,450 pacientes nuevos al año (Datos de la Sección de Epidemiología, Departamento de Medicina Preventiva, 2023). Dentro de los tipos más frecuentes de cáncer, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se registra una mayor frecuencia en pacientes con cáncer de mama (25%) seguido de cáncer de próstata (10.4%), cáncer cérvico uterino (9.3%), cáncer de glándula tiroides (4%) y cáncer de recto y ano (27%); así mismo destaca el incremento de los egresos hospitalarios y el alto porcentaje ocupación por arriba del 80% lo cual evidencia numéricamente el aumento de la demanda, justificando la necesidad constante de la ampliación de la capacidad instalada del Instituto (IGSS, 2024).

Ante la creciente demanda de servicios de salud derivada del perfil epidemiológico y las condiciones socioeconómicas de la población guatemalteca, el IGSS ha implementado diversas estrategias para fortalecer su modelo de atención y mejorar su capacidad de respuesta. No obstante, persisten desafíos estructurales que limitan la eficiencia y equidad del sistema de salud (IGSS, 2024), por lo que resulta fundamental analizar los determinantes y condicionantes del territorio, considerando aspectos como el acceso a servicios de salud, las desigualdades económicas, la distribución geográfica de la población y las condiciones culturales y ambientales. De esta manera, es posible diseñar estrategias adaptadas que contribuyan a consolidar un modelo de atención integral y sostenible (OPS, 2020). Ha sido objeto de discusión institucional el histórico enfoque curativo/hospitalario (altamente especializado y subespecializado) con el consecuente alto consumo de insumos y de tecnologías sanitarias y un marcado déficit de recursos humanos en el ámbito de la especialización médica. Este enfoque asistencial ha marginado la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, lo que contribuye a la incidencia y prevalencia de enfermedades prevenibles con la implementación de estrategias costo-efectivas en salud pública con enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).

Para afrontar los desafíos institucionales, la alternativa estratégica de mayor viabilidad en la configuración del esquema de fortalecimiento del modelo de atención en salud para el IGSS lo constituye la implementación gradual la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en toda la red institucional de servicios, orientada a dar respuesta a la complejidad epidemiológica y sus determinantes, mejorar la cobertura, el acceso oportuno a los servicios y la calidad a la población afiliada y derechohabiente, haciendo que la gestión del recurso humano esté orientada hacia la atención integral y su disposición equitativa en la red de servicios de salud.

Lo anterior constituye una respuesta institucional necesaria, considerando los resultados exitosos en los países en los cuales se han implementado modelos de salud familiar y comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (Costa Rica, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Argentina, entre otros), en los cuales han alcanzado capacidades resolutivas locales mayores al 80%; empoderamiento de la población en el cuidado y autocuidado de la salud; disminución de hospitalizaciones evitables, mejor satisfacción en los usuarios, acceso, cobertura, y la costo-eficiencia en la prestación de los servicios (Diego y otros, 2018) (Ciaponni, Glujovsky, Daray, & López, 2012) (OMS, 2023).

La Estrategia, en concordancia con los preceptos de las estrategias de RISS y APS, permitirá generar condiciones en la red de servicios que favorezcan brindar una atención integral, oportuna, pertinente a las características y necesidades de la población, a través de equipos interdisciplinarios de la salud, quienes desarrollarán acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida, enfocadas al individuo, la familia y la comunidad; en donde la visita domiciliar y las coordinaciones comunitarias jugarán un rol determinante para fortalecer la atención de los individuos adscritos al Régimen de Seguridad Social en su entorno.

Considerando que, para que la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria sea oportuna, accesible, centrado en la persona, la familia y la comunidad, debe garantizar la disponibilidad de capacidad instalada según las características de la provisión de los servicios y el nivel de complejidad que se defina para la población adscrita en un territorio

En este sentido, la organización de la red de servicios de salud deberá valorar de manera permanente las capacidades de las cuales dispone la red de servicios en los territorios, por lo que se deberán definir y gestionar los recursos necesarios de manera racional, eficiente y coordinada, para disponer de recurso humano, tecnologías sanitarias, infraestructura, servicios de soporte y de apoyo.

Esta gestión deberá basarse en criterios propios del territorio: factores sociodemográficos, perfil epidemiológico, necesidades de la población, accesibilidad a los servicios, cobertura de los servicios y el mapeo de actores institucionales públicos o privados que trabajan a favor de la salud de la población en general.

Desigualdades territoriales y necesidad de intervención

Las desigualdades territoriales afectan de manera diferenciada a personas y grupos, lo que requiere estrategias coordinadas a nivel local, regional, nacional e internacional. Las acciones locales deben centrarse en los determinantes sociales que influyen tanto en los territorios como en las personas, sien- do esenciales para alcanzar una atención más integral y equitativa (Ciaponni, Glujovsky, Daray, & López, 2012).

Entre los principales desafíos institucionales destaca el aumento del número de afiliados protegidos por el Régimen de Seguridad Social. Entre 2022 y 2023, este número incrementó un 8%, lo que acrecentó la demanda en consultas externas, hospitalizaciones y emergencias. En 2023, se registraron más de 16 millones de consultas, con un promedio de cinco consultas anuales por afiliado. Las principales causas de morbilidad fueron hipertensión arterial (6.7 %) y diabetes mellitus (4.34%), además de enfermedades respiratorias, oncológicas y metabólicas. Muchas de estas afecciones están asociadas a otras comorbilidades. Con una ocupación hospitalaria superior al 80%, reflejando las limitaciones de la red de servicios para atender la creciente demanda (IGSS, 2024)

En ese sentido, el fortalecimiento de las acciones locales y de las perspectivas de atención individual y colectiva, que consideran las condiciones de los territorios, principalmente las formas con que los determinantes sociales afectan a las personas son de extrema relevancia para alcanzar una salud más integral y ecuánime (OPS/OMS, 2023).

Propuesta de un Modelo de Atención Integral

El enfoque histórico, centrado en un modelo curativo y hospitalario, genera un alto consumo de insumos y tecnologías, así como un déficit de recursos humanos especializados. Este enfoque ha relegado la prevención y promoción de la salud, incrementando la incidencia de enfermedades evitables (OPS/OMS, 2023).

Analizando estos desafíos, en un escenario nacional, el IGSS propone la implementación gradual de una Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, que tiene como objetivo fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS). Esta estrategia busca garantizar la atención integral y equitativa mediante equipos interdisciplinarios que desarrollen acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, adaptadas al perfil epidemiológico y a las necesidades socioculturales de la población (Ciaponni, Glujovsky, Daray, & López, 2012) (OPS/OMS, 2023).

Experiencias Internacionales y viabilidad de la Estrategia

La experiencia de países como Costa Rica, Brasil y Chile demuestra que el abordaje de salud familiar y comunitaria pueden mejo- rar la cobertura, reducir hospitalizaciones evitables y empoderar a la población en el cuidado de su salud (Diego J. G., 2018).

a. Costa Rica

Ha desarrollado un sistema de salud robusto, centrado en la Atención Primaria en Salud (APS) y administrado principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Este modelo se caracteriza por la integración de la atención preventiva y curativa, con un enfoque comunitario que ha permitido mejorar significativamente los indicadores de salud

en el país (Brenes-Camacho, 2020). Una de las estrategias clave ha sido la implementación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en 1995, conformados por equipos multidisciplinarios que brindan atención integral a la población, incluso en áreas rurales. Estos equipos realizan visitas domiciliarias, promueven la prevención de enfermedades y facilitan el acceso a servicios médicos, lo que ha contribuido a una cobertura sanitaria más equitativa (Amelia Vander Zanden et al., 2021).

b. Brasil

De manera similar, Brasil ha implementado la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), desde 1994, como componente central de su Sistema Único de Salud (SUS). Esta estrategia se basa en la conformación de equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud, quienes trabajan en áreas geográficas específicas para brindar atención integral y continua a las familias.

La ESF ha sido fundamental en la mejora de los indicadores de salud en Brasil, contribuyendo a la reducción de la mortalidad infantil y materna, así como al control de enfermedades infecciosas y crónicas. Además, ha promovido la equidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente en comunidades vulnerables y de difícil acceso. La experiencia brasileña resalta la importancia de fortalecer la atención primaria y las políticas de salud familiar como estrategias efectivas para mejorar la salud de la población y optimizar el uso de los recursos en los sistemas de salud (Garrafiel Pimentel, Buchweitz, Onocko Campos & et al., 2023).

c. Chile

Chile ha impulsado la transformación de su sistema de salud a través del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), el cual fue implementado en 2005 como parte de la reforma del sistema de salud para fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS). Este modelo se basa en un enfoque centrado en las personas, la integralidad de la atención y la participación comunitaria, permitiendo la creación de Centros de Salud Familiar (CESFAM) y la implementación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

Estas estrategias han mejorado el acceso a los servicios de salud y han reducido brechas en sectores vulnerables, priorizando la prevención y el manejo temprano de enfermedades crónicas, lo que ha contribuido a disminuir la carga hospitalaria y a mejorar la calidad de vida de la población (Dois, 2016).

Los impactos positivos del MAIS han sido evidentes en el fortalecimiento de la atención en salud materno-infantil y en la gestión de enfermedades no transmisibles, promoviendo la equidad y la continuidad del cuidado. Sin embargo, su implementación ha enfrentado diversos desafíos, como la cobertura en zonas rurales, la disponibilidad de personal capacitado y la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial para una respuesta más eficiente. Asimismo, la sostenibilidad del modelo requiere mayor inversión en infraestructura, recursos humanos y tecnología, permitiendo una mejor integración con otros niveles del sistema de salud y optimizando los procesos de seguimiento de los pacientes (Dois, 2016).

A pesar de sus avances, el modelo enfrenta desafíos en su implementación, principalmente en la cobertura de zonas rurales, la disponibilidad de personal capacitado y la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial. Además, la sostenibilidad del modelo requiere mayores recursos financieros y una mejor integración tecnológica para optimizar los procesos de atención y seguimiento de los pacientes (Jiménez & Muñoz, 2019).

2. Relevancia de la Salud Familiar y Comunitaria para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Repensar la manera como se entregan los servicios de salud a una población incluye elementos que en la línea de la innovación se convierten en insumos que transforman la prestación de servicios, configurando un nuevo modelo de atención en salud. La implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, fortalecerá la construcción de este modelo de atención Institucional basado en los preceptos de la Atención Primaria en Salud.

Considerando los resultados y la amplia evidencia en los países que han implementado Estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, se pretende abordar de manera oportuna los problemas de salud para mejorar la salud de los afiliados y derechohabientes, generando un impacto positivo en la reducción de la demanda y el uso de los recursos hospitalarios, lo cual podrá medirse a través del análisis del perfil epidemiológico, la producción local de los servicios y el descenso de las hospitalizaciones evitables.

Adicionalmente, la Estrategia facilitará el acercamiento de los servicios de salud a la población, reduciendo el gasto de bolsillo y promoviendo la equidad en el acceso a la atención. Este enfoque complementará el posicionamiento del IGSS como uno de los principales prestadores de los servicios de salud en el primer nivel de atención. El posicionamiento del IGSS como el mejor prestador de servicios de salud por su alta especialización hospitalaria, se verá complementado con una atención ambulatoria que resuelve de manera eficiente el 80% de la demanda de atención en salud, sumado a los efectos positivos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En este contexto, la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria contribuirá a una atención integral mediante la planificación y organización eficiente de los servicios y recursos institucionales, reforzando la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.

Este enfoque integral permitirá al IGSS consolidar su compromiso con el bienestar de sus afiliados, garantizando un sistema de salud más sostenible y centrado en las necesidades de la comunidad.

3. Marco político e institucional del IGSS

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como parte del mandato establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala (Artículo 100 de la Constitución Política de la República de Guatemala) y del Decreto 295 del Congreso de la República de Guatemala, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, planifica e implementa las intervenciones para la atención médica a la población afiliada y derechohabiente (Guatemala, 1946).

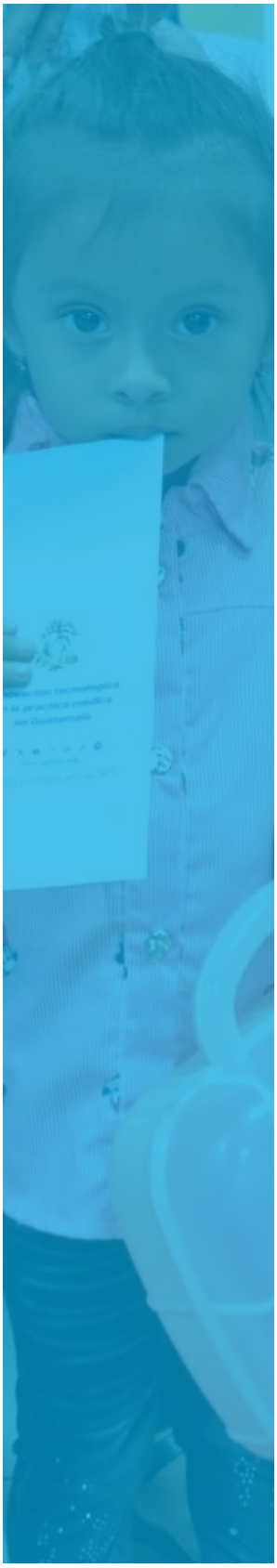
Con el propósito de fortalecer el acceso a la salud y mejorar la eficiencia de sus servicios, el IGSS ha diseñado el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2027, un instrumento de planificación que orienta las acciones institucionales bajo un enfoque integral. Este plan se alinea con los principales marcos estratégicos del país, con el fin de garantizar la coherencia de las políticas públicas y la contribución del Instituto al desarrollo social y económico de Guatemala (IGSS, 2023).

En este contexto el PEI 2023-2027 del IGSS responde a los objetivos nacionales de desarrollo y se enfoca en los ejes Bienestar para la gente y Estado responsable, transparente y efectivo, al priorizar el fortalecimiento del acceso a los servicios de salud, la promoción de hábitos saludables y la implementación de un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (IGSS, 2023).

Como parte de esta estrategia y en respuesta a los desafíos del Instituto como parte del sistema de salud el PEI 2023-2027 ha definido el Objetivo 3: Otorgar servicios de salud integrales y oportunos, el cual se centra en mejorar la calidad y cobertura de los servicios, promoviendo una mayor accesibilidad y pertinencia en la atención médica. La estrategia adoptada para lograrlo incluye la implementación de un modelo de atención integral, basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), asegurando que la prestación de servicios esté estructurada de manera territorializada y enfocada en la prevención y promoción de la salud (IGSS, 2023).

Un componente clave en esta transformación ha sido la creación de la Estrategia de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, el cual representa un nuevo paradigma en la forma de concebir la atención en salud. Más allá de centrarse en el tratamiento de enfermedades, este enfoque pone en primer plano la prevención, el autocuidado y el bienestar integral del individuo, considerando su entorno familiar y comunitario. Para su implementación, ha sido necesario un proceso gradual de construcción y aprendizaje institucional, lo que ha permitido desarrollar un modelo adaptado a las necesidades de la población afiliada y beneficiaria.

Para garantizar su éxito, el IGSS ha contado con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y ha establecido mecanismos de coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Universidad de San Carlos de Guatemala, y otros actores estratégicos, como CIMF/WONCA. Gracias a esta articulación interinstitucional, se ha logrado consolidar un enfoque de atención basado en la prevención y la continuidad del cuidado, lo cual resulta fundamental para mejorar los servicios de salud y garantizar su sostenibilidad a largo plazo.



4. Objetivos de la Estrategia

General

Implementar la actualización del modelo de atención integral en salud para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el marco de la Atención Primaria en Salud y de las Redes Integradas de los Servicios de Salud, para mejorar la salud de la población afiliada y derechohabiente, en el cual se definan los lineamientos para gestionar los procesos, recursos y las adecuaciones institucionales necesarias, que permitan establecer las condiciones mínimas para organizar de manera escalonada y por etapas, la implementación de la Estrategia de Medicina Familiar y Comunitaria.

Específicos

1. Fortalecer el acceso a la red de servicios de salud del Instituto de manera equitativa, generando capacidad de respuesta en los diferentes servicios de salud del Instituto, gestionando de manera gradual y en territorios priorizados los recursos y los servicios de salud a partir de criterios sociodemográficos, perfil epidemiológico, complejidad de las intervenciones, necesidades de la población adscrita (afiliados y derechohabientes), accesibilidad, entre otros, que permitan su disponibilidad de manera eficiente y oportuna.

2. Brindar la atención en salud y la prestación de servicios de salud del Instituto de manera integral, oportuna, de calidad y eficiente, a través de intervenciones interdisciplinarias de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; propiciando la continuidad de la atención a lo largo del curso de la vida, pertinente a las características de la población, centradas en el individuo y sus necesidades, considerando en su territorio el entorno familiar, laboral y comunitario.

3. Desarrollar procesos técnicos y administrativos, que permitan la gestión eficiente mediante la adecuación de los procesos normativos, servicios de soporte, tecnológicos, presupuestarios, entre otros, para la implementación de la Estrategia.

4. Gestionar de manera integral el recurso humano, (dotación y formación), equipos de profesionales interdisciplinarios, según las necesidades de la red y las áreas de influencia, en concordancia con la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitario.

5. Coordinar acciones de manera interinstitucional, sectorial e intersectorial para el abordaje integral de los determinantes de la salud en las áreas de influencia.

5. Alcance y cobertura

La Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria se implementará de manera gradual, en territorios priorizados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, buscando de esa manera, alcanzar la cobertura a todos los territorios y las áreas de influencia, según la población afiliada y derechohabiente adscrita al Régimen de Seguridad Social a nivel nacional. Este proceso de territorialización responderá a criterios previamente definidos, enmarcados en la salud universal, considerando indicadores epidemiológicos, socioeconómicos y de infraestructura.

La implementación se organizará por etapas, asegurando la sostenibilidad de las intervenciones, uso racional de los recursos y la generación de impacto sociosanitario en los territorios. Esta gradualidad deberá significar; además, un marco de aprendizaje institucional, generador de buenas prácticas. El traslado a otros territorios deberá responder a la aplicación de los criterios de territorialización y a la aplicación de las buenas prácticas y transferencia de conocimientos adquiridos.

Primera etapa: La definición del territorio y de la propuesta para la implementación de la primera etapa de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, estará a cargo del Equipo Gestor Central, Equipo Implementador Central y el Equipo Implementador Local, bajo un esquema de coordinación efectiva, quienes establecerán los criterios para la priorización del territorio, con su respectiva propuesta de implementación, la cual tendrá un carácter de prueba piloto, en la cual se desarrollará la instrumentación técnica, normativa necesaria y la sistematización correspondiente, a través de la cual se establecerá la viabilidad y factibilidad de su implementación y de su continuidad mediante la generación de evidencia técnica, científica y administrativa.

Nuevas etapas: Dependerán de los resultados de la primera etapa, así como de los análisis de factibilidad y viabilidad, constituyen la ampliación de la estrategia, en la cual se identificarán y priorizarán nuevos territorios y se realizarán las adecuaciones y los ajustes necesarios a la Estrategia.

En este contexto, la estrategia fomentará la participación de actores clave, incluyendo autoridades locales, afiliados y organismos estratégicos como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). De este modo, se garantizará su alineación con las necesidades y particularidades de cada territorio.

Para medir el impacto de la estrategia, se implementarán indicadores clave de desempeño, tales como la cobertura poblacional, la reducción de hospitalizaciones evitables y la satisfacción de los usuarios. A través de este monitoreo continuo, se promoverá un ciclo de mejora constante en la calidad de la atención en salud.

6. Marco Conceptual y operativo para la implementación

La implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria estará liderada por un equipo interdisciplinario que gestionará acciones, recursos e infraestructura según criterios sociodemográficos y epidemiológicos, con acciones individuales y colectivas centradas en los afiliados y derechohabientes considerando el ámbito territorial, que permita un abordaje ampliado de promoción y protección de la salud orientados a la atención integral con calidad, eficiencia y sostenibilidad.

Definiciones clave:

Atención Primaria en Salud (APS)

Es un enfoque de la salud a través del cual se busca garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, mediante la atención integral centrada en las necesidades de las personas durante el curso de la vida, incluye intervenciones desde la promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos, considerando el entorno familiar y laboral. Esta se implementa considerando la participación social, la evidencia científica, metodologías y tecnologías que sean aceptadas por la población, para que estas sean accesibles y viables. (OMS, 2023) (OPS/ OMS, 2003) (OMS/UNICEF, 2018).

Un modelo de salud para atender los valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS requiere de adecuaciones en su marco legal, normativo, organizativo además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles que le permitan garantizar los elementos estructurales y funcionales para su implementación. (OPS, 2007).

Los servicios de salud coordinados y completos, incluida la atención primaria y sus funciones, las acciones y políticas multisectoriales en torno a los determinantes de la salud, y la participación social, son tres componentes de la APS, que interrelacionados producen sinergia para la mejora de la atención la auto asistencia y la autosuficiencia en salud. La justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación son la base de la APS. Gozar una buena salud, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS/UNICEF, 2018).

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Son las organizaciones o dependencias que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud a una población definida; estableciendo mecanismos de coordinación, comunicación, eficiencia en la organización, disposición y prestación de los servicios, para que estos sean equitativos e integrales a la población. Según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, implementar la estrategia de las Redes Integradas de los Servicios de Salud, contribuirá a reducir la fragmentación de estos y favorecerá el uso eficiente de los recursos (infraestructura, tecnologías sanitarias, servicios de apoyo), mejorar los costos en la atención, el acceso a los servicios de salud, la continuidad de la atención, entre otros. Se deberá considerar las características, necesidades de la población y de los territorios que habitan. (OPS, 2010) (Barragán Bechara, 2012).

Red de Atención de Salud (RAS)

Las Redes de Atención en Salud (RAS) tienen su origen en el Reino Unido, cuando se elaboró el Informe Dawson como resultado de un debate sobre los cambios en el sistema de protección social.

Décadas más tarde, en 1978, la Conferencia de Alma-Ata, al abordar el tema de los "Cuidados Primarios de Salud", se consolidó como un hito fundamental al introducir la discusión sobre la reestructuración de los sistemas de salud bajo la lógica de las Redes de Atención en Salud. Esta perspectiva buscó fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central para la organización de los servicios de salud, promoviendo el acceso equitativo y la atención integral. (OMS y UNICEF, 1978)

Así, las Redes de Atención en Salud se configuran como arreglos organizativos que integran acciones y servicios con diferentes densidades tecnológicas, articuladas a través de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, con el propósito de garantizar la integralidad del cuidado. (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011)

El objetivo principal de las RAS radica en la construcción de relaciones horizontales entre los distintos puntos de atención, con la APS como centro de comunicación. Además, se fundamentan en la centralidad de las necesidades en salud de la población, la responsabilidad en la atención continua e integral, el trabajo multiprofesional, y el compromiso compartido con los resultados sanitarios y económicos. (Saude, 2022).

Salud Familiar y Comunitaria.

La Salud Familiar y Comunitaria, es una estrategia que se sustenta en las estrategias de Atención Primaria en Salud y las Redes Integradas de los Servicios de Salud, con el objetivo de propiciar el acceso oportuno a los servicios de Salud, con el objetivo de propiciar el acceso oportuno a los servicios de salud, brindar atención integral, oportuna, enfocada en el individuo y en la continuidad de su cuidado, considerando su entorno (familia, comunidad, trabajo), la cual requiere de un cambio del modelo biomédico al biopsicosocial. (Abril-Collado 2013) (Dois, 2016) (OPS, 2022)

Organización del Territorio

El territorio no es solamente un entorno caracterizado por los elementos demográficos, geográficos, o por su población de adscripción; es un escenario estratégico de interacción, que se construye y se define a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, siendo así el contexto en el cual se expresan las contradicciones, los conflictos, en el cual interactúan las personas y se desarrolla la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. (Borde & Torres-Tovar, 2017) (Cortés-Tello, Silva-Jiménez, Arancibia-Morales, & Muñoz-Marín, 2021).

Dado su naturaleza dinámica y en constante cambio, el territorio no puede limitarse a re-presentaciones tecno geográficas utilizadas para su definición (Santo, 2000). Por ello, es fundamental que las estrategias de división y subdivisión incorporen métodos de análisis y monitoreo, permitiendo identificar y anticipar cambios que puedan influir positiva o negativamente en la salud individual y colectiva tomando en cuenta las características de la población que las habita y sus determinantes. Este proceso facilita la organización adecuada, la prestación y aceptación de las intervenciones, y fomenta el relacionamiento entre los equipos de salud y la comunidad. (Ministerio de Salud, Chile, 2024).

No se trata de homogeneizar las diversidades en grupos uniformes, sino reconocer las particularidades y los efectos

de los determinantes sociales de la salud, impulsando iniciativas dirigidas a mejorar tanto la atención como la vigilancia y promoción de la salud. Comprender las características de las condiciones en las que se produce la salud en los territorios, es esencial para un razonamiento clínico adecuado y una intervención terapéutica oportuna. En este sentido, los médicos y los equipos multiprofesionales deben estar capacitados para desarrollar acciones interprofesionales de manera efectiva (Cortés-Tello, Silva-Jiménez, Arancibia-Morales, & Muñoz-Marín, 2021).

Servicios de salud integrados

Se refiere a los servicios de salud gestionados de tal manera que las personas reciban servicios asistenciales de manera coordinada dentro de la red del sector de la salud y los disponibles fuera de este en atención a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital, considerando intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud es el proceso político y social global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarlos; abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades, así como acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, que impacten de manera positiva en la salud pública y de las personas. En el marco de la Promoción de la Salud, se deberán desarrollar procesos para favorecer entornos saludables, facilitar la participación y empoderamiento de la comunidad, el abordaje de los determinantes de la salud, fortalecer los sistemas y servicios de salud. (De La Guardia Gutiérrez & Jesús, 2020) (OPS/OMS, 2023).

Prevención de Enfermedades

Son las acciones que se desarrollan no solamente para evitar la aparición de la enfermedad, tales como la reducción y el control de las causas o condicionantes, sino también a detener o prolongar su avance, evitar complicaciones y reducir la aparición de secuelas una vez establecida. Lo anterior a través de la planificación de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2004).

Rehabilitación

Se refiere al conjunto de intervenciones para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en las personas, derivado de condiciones de salud (enfermedad, trastorno, lesión, entre otras circunstancias), procurando su incorporación y participación en las actividades de la vida cotidiana, con el mínimo de barreras que limiten su desarrollo pleno. (OPS/OMS, 2024).

Cuidados paliativos

Son servicios de salud integrales que se brindan a personas que viven con enfermedades oncológicas; enfermedades crónicas, evolutivas y avanzadas con pronóstico de vida limitado, considerando que hay condiciones que no podemos curar y que resulta necesario brindar soporte a las necesidades de las personas al final de la vida o de sus afecciones crónicas. Los cuidados paliativos consisten en el manejo del dolor y otros síntomas físicos, junto con el apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia. (OPS/ OMS, 2021) (Congreso de la República de Guatemala, 2024) (Jacob, 2014).

Según el Ministerio de Sanidad de España (2021): *"Los Cuidados Paliativos pretenden dar una respuesta científica, profesional, humana y coordinada a las necesidades del paciente en situación avanzada, a su familia y/o personas cuidadoras. Deben realizarse desde la perspectiva de una atención integral, que incluye la situación avanzada de pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica, a cualquier edad"* (Ministerio de Sanidad España, 2021)

Estos servicios, al centrarse en una atención integral, no solo abordan los aspectos físicos de las enfermedades, sino que también contemplan las dimensiones emocionales, sociales y espirituales, asegurando una atención humana y digna en todas las etapas de la vida (Ministerio de Sanidad España, 2021)

Atención de la Salud en Domicilio (ASD)

La atención de la Salud en Domicilio (ASD) se definen aquellos servicios de salud en los que las acciones del equipo profesional son realizadas en el domicilio del paciente. Entre sus objetivos pueden mencionarse la promoción y mantenimiento de la salud, así como su recuperación o restauración (Buedo & Salas, 2019).

Es el tipo de atención que se adapta a las necesidades específicas del paciente y su entorno familiar, teniendo en cuenta factores como la dinámica familiar, las condiciones de la vivienda, los recursos disponibles y el apoyo de cuidadores. El equipo de salud familiar y comunitaria debe identificar, capacitar y apoyar al cuidador además de acompañar con cierta frecuencia el paciente. En casos más complejos que necesitan de cuidado especifico se puede indicar la hospitalización domiciliaria (Buedo & Salas, 2019).

Actualmente, la ASD está destinada a la atención de personas mayores con algún grado de dependencia, pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas, así como a brindar cuidados paliativos. Este hecho, asociado al envejecimiento poblacional, permite suponer que los servicios de ASD seguirán creciendo, pues se presentan como la mejor opción para brindar cuidados de calidad: mantienen al sujeto en su contexto, al mismo tiempo que garantizan un uso más eficiente de los recursos (Buedo & Salas, 2019).

Visita Domiciliar

La visita domiciliaria es una actividad esencial en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Mediante esta práctica, se facilita un intercambio de información entre la familia y el profesional de salud, lo que permite conocer la situación familiar, el entorno físico y los recursos disponibles. Para ello, se emplea la Ficha Familiar como herramienta principal (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014).

Este enfoque integral es clave para identificar necesidades específicas y planificar intervenciones adecuadas que promuevan la salud y el bienestar de la comunidad.

Hospitalización Domiciliaria

La hospitalización domiciliaria está dirigida a pacientes que necesitan equipos médicos, otros recursos de salud y una atención más frecuente con seguimiento continuo. Este servicio debe tener un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que realizan atención directamente en el hogar de pacientes que requieren cuidados más intensivos (Rojas-Goldsack y otros, 2022).

En estos casos, el equipo de salud familiar y comunitaria actúa estrechamente con el equipo de hospitalización domiciliaria para garantizar un seguimiento continuo además del matriciamiento que se da por la integración y el intercambio de conocimientos, entre los equipos, que permite un abordaje integral y coordinado del cuidado de los pacientes. Así, se logra evitar hospitalizaciones innecesarias, reducir el riesgo de infecciones, optimizar el uso de camas hospitalarias y aliviar la congestión en los servicios de urgencias y emergencias además de reducir costos (Rojas-Goldsack y otros, 2022).

Hospitalización Evitable

La hospitalización evitable, se refiere a problemas de salud que, de haber recibido una atención ambulatoria adecuada pudieron haber contribuido a disminuir los riesgos de hospitalización debido a condiciones ambulatorias sensibles, por lo que es un indicador del acceso y efectividad de la atención primaria en salud, derivado que estos son prevenibles. Su reducción per- mite descongestionar los servicios de atención médica especializada, reducir listas de espera, disminuir los índices de mortalidad, con la consecuente redistribución de los recursos monetarios a otros sectores. (Ciaponni, Glujovsky, Daray, & López, 2012) (Universidad San Sebastián, 2022) (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

Clínica de Día

La Clínica de Día es una modalidad de atención sanitaria que se sitúa entre la hospitalización completa y la atención ambulatoria. Está destinada a la realización de procedimientos clínicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos que requieren la permanencia del paciente en la clínica por un período máximo de 12 horas. El equipo de salud familiar y comunitaria colabora estrechamente con el equipo de la Clínica de Día para asegurar un seguimiento continuo y una atención integral al paciente (Gómez Rodriguez de Mendarozqueta, González de Etxabarri Otsoa, Domenech i Martin, & Mirón Rubio, 2020).

Según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), la atención intermedia ambulatoria incluye servicios como el Hospital de Día Geriátrico, que se coordinan con la Atención Primaria para mantener a los pacientes en su domicilio con la máxima autonomía y el mínimo número de complicaciones (Gómez Rodriguez de Mendarozqueta, González de Etxabarri Otsoa, Domenech i Martin, & Mirón Rubio, 2020)

Dispensarización

Es un proceso esencial en el desarrollo de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, este se define como un proceso organizado, continuo y dinámico, a través del cual se clasifica a la población según los riesgos o su condición de salud en cuatro categorías:

I. Supuestamente sanos
II. Con riesgo
III. Enfermos
IV. Personas con discapacidad; lo cual permite establecer un plan de seguimiento continuo, diferenciado y personalizado, definiendo los criterios, la periodicidad, para el seguimiento y evaluación de forma integral ya sea dentro de los servicios o en el domicilio. (González Cárdenas LT, 2018) (Yamila, Yunet Tahimí, Erick, Joary, & Moraimis Yuneikis, 2021).

7. Principios rectores:

Son de observancia y aplicación general y permanente los siguientes principios.

Integralidad en la atención

Son intervenciones en salud ejecutadas de manera integral y que incluyen promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, dirigidas a las personas a lo largo del curso de vida, desde una perspectiva multidisciplinaria, teniendo en cuenta su entorno familiar, laboral y comunitario. Considera, además intervenciones intersectoriales sobre los factores que determinan la salud y la enfermedad; es decir intervenciones enfocadas en garantizar un estado de bienestar físico, mental, social y no solamente el abordaje de las enfermedades. (OMS y UNICEF, 1978) (Aguilera Campos, 2003) (Dois, 2016) (Perú, 2020).

Longitudinalidad

Es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y sus pacientes. Es diferente a la continuidad, ya que en este principio puede haber interrupciones en las atenciones sin perder esta relación. La atención longitudinal significa que la población identifica a un centro asistencial como “el suyo” y el equipo proveedor brinda una asistencia centrada en la persona, considerando sus valores y preferencias (Rosas Prieto, Narciso Zarate, & Cuba Fuentes, 2013)

Continuidad de la atención

Se define como los servicios de atención de la salud que se implementan para el abordaje del proceso salud enfermedad a lo largo de la vida y en diferentes escenarios clínicos, incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Lo anterior se percibe en las personas como experiencias coherentes, coordinadas e interconectadas durante el tiempo para la atención de sus necesidades de salud. Todo lo anterior está determinado por la estrategia de Redes Integradas de los Servicios, cuya organización garantiza los recursos necesarios para coordinar la atención de las necesidades de la población en toda la red y su oportuno seguimiento. (Dois, 2016) (Gómez-Torres, 2023) (González Rodríguez, 2011).

Aspectos claves para garantizar la continuidad de la atención (OPS, 2022):

1. Coherencia en los servicios prestados de manera que sean consistentes entre diferentes episodios de atención y niveles del sistema sanitario (primario, secundario, terciario).

2. Coordinación entre niveles y proveedores, permitiendo una integración efectiva para que los pacientes puedan navegar por el sistema sin interrupciones ni duplicaciones innecesarias.
3. Seguimiento integral a largo plazo del estado de salud del paciente, promoviendo intervenciones oportunas y prevención de complicaciones.
4. Fomentar la construcción de una relación estable entre los pacientes y los profesionales de salud, basada en la confianza y el conocimiento continuo del historial del paciente.

Continuidad del Cuidado

Se constituye como el elemento clave en la atención de las personas más allá del nivel asistencial en el que puedan ser atendidas. Sin embargo, sigue siendo una constante el equívoco que se produce entre la respuesta a la demanda de continuidad de cuidados por parte de los usuarios y la esperada por los profesionales para satisfacer sus responsabilidades profesionales. Para poder llevar a cabo estrategias de continuidad de cuidados las organizaciones sanitarias tienden a establecer distintos mecanismos organizativos entre los que cabe destacar: la formación profesional, la planificación y toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, los sistemas de información de las historias clínicas, la valoración interdisciplinaria, el trabajo interdisciplinario mediante protocolos, la provisión de servicios, el seguimiento y la retroalimentación profesional (Martínez Riera José R., 2009).

Es fundamental para garantizar una atención integral a las personas más allá del nivel asistencial en que son atendidas. Las estrategias organizativas para asegurar la continuidad de cuidados incluyen formación profesional, planificación interinstitucional e interdisciplinaria, sistemas de información de historias clínicas, trabajo interdisciplinario con protocolos, provisión de servicios, seguimiento y retroalimentación profesional (Martínez Riera José R., 2009).

Calidad de la atención

La OMS define la calidad asistencial como la forma de asegurar que cada paciente reciba los servicios adecuados para resolver una atención sanitaria óptima y esta considera que los servicios de calidad deben ser eficaces, es decir basados en evidencia; que sean seguros, considerando que derivado de las intervenciones

teniendo el cuidado de proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y expectativas; generando de esta manera la mayor satisfacción y los resultados esperados con el mínimo de riesgos. (OMS, 2021).

La calidad de la atención es definida como la capacidad de los servicios de salud para ser (OPS, 2022):

- Eficaces: Proveer atención basada en evidencia a quienes la necesitan.
- Seguros: Evitar daños a los pacientes.
- Centrados en las personas: Atender las preferencias, necesidades y valores individuales.
- Oportunos: Reducir las demoras perjudiciales para pacientes y proveedores.
- Equitativos: Brindar atención de calidad sin discriminación.
- Integrados: Garantizar coordinación entre niveles y proveedores.
- Eficientes: Maximizar el uso de recursos disponibles y evitar de las necesidades

La calidad no solo busca mejorar los resultados clínicos, sino también fortalecer la confianza de las personas en el sistema de salud y garantizar una atención accesible para todos.

Atención Centrada en las Personas

Considera a las personas como sujetos de derechos, esta atención tiene en cuenta las características y las expectativas de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios del sistema de salud, por lo que los servicios de salud se organizan considerando las necesidades integrales de las personas para que estas también reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable (OMS 2016)

Equidad de las intervenciones

Se refiere a las intervenciones que favorecen el acceso a los servicios de salud, considerando el abordaje de las diferencias evitables, injustas o innecesarias entre grupos de personas, debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas, lo cual se traduce en la adecuación y el desarrollo de procesos institucionales como normativos, financieros, técnicos, tecnológicos, etc. que garanticen la disponibilidad de los recursos y la prestación de servicios de manera justa, según el contexto y las necesidades. (Vargas, Vásquez, & Jané, 2002) (OPS/ OMS, 2023) (Olvera Esquivel, 2015).

8. Desarrollo de la Estrategia

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ha desarrollado una estrategia considerada la más viable y con mayores probabilidades de generar resultados positivos en el ámbito sociosanitario. Esta estrategia tiene como eje central la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) y como base operativa las Estrategias de Redes Integradas de Servicios de Salud (ERISS), todo ello alineado con los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). El principal escenario de implementación es el territorio y la red de servicios que en este territorio operan, valorando la capacidad instalada que tiene el Instituto como punto de partida bajo una perspectiva de mejora continua y enfocado en el fortalecimiento de los servicios de atención.

La Estrategia incluye elementos políticos decisorios, elementos estratégicos para la sostenibilidad, aspectos administrativos para la eficacia y aspectos técnicos para la operativización. Esta conjunción integral, si bien es cierto es la garantía de éxito y de resultados favorables, requiere de condiciones habilitadoras que incluyen entre otras, adecuaciones normativas, gestión de recurso humano, fortalecimiento de la red de servicios en cuanto a tecnologías sanitarias, infraestructura, definición del alcance en cuanto a la prestación de servicios, los cuales deberán de contar con el apoyo y acompañamiento de las Subgerencias y dependencias del Instituto que por competencia les corresponda para garantizar la implementación por parte de las dependencias y autoridades locales del territorio.

Gobernanza, estructura operativa y coordinación

De manera general se espera que los proyectos, instrumentos o documentos definidos para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria se elaboren considerando el marco conceptual y los lineamientos establecidos en el presente Estrategia. El diseño, gestión e implementación de la Estrategia deberá ser altamente participativo, multidisciplinario y consensuado institucionalmente, para esta dinámica de trabajo se plantean los siguientes equipos de trabajo:

a. Equipo Gestor Central:

Equipo multidisciplinario ubicado en oficinas centrales del Instituto. Sus funciones principales son:

- Validar los instrumentos y herramientas necesarios para la implementación de la MFC.
- Analizar el avance en la implementación de la Estrategia y de los factores que contextualmente la determinan.
- Realizar la actualización conceptual y operativa de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria basada en evidencia y en el consenso grupal.
- Generar propuestas para la mejora continua del proceso de implementación de la MFC en los territorios para ser presentados a Gerencia.
- Evaluar anualmente el informe de resultados de la Estrategia y establecer la pertinencia de ampliar su implementación hacia otros territorios, considerando la relación costo-eficacia de este.
- Aprobar los informes que le sean presentados por los equipos de trabajo.

Este equipo será nombrado por el Gerente del Instituto, el cual está conformado por profesionales de las siguientes dependencias institucionales:

a. Gerencia: Director de Gerencia y Asesores Médicos,
b. Consejo Técnico: Presidente y Consejero del área médica o salud,
c. Subgerencia de Prestaciones en Salud: Subgerente y Asesores
d. Subgerencia de Planificación y Desarrollo (Subgerente y Asesores).

Además, se podrá acompañar de profesionales técnicos especializados provenientes de las subgerencias, cuando la naturaleza del área o tema así lo requiera.

b. Equipo implementador central:
Equipo multidisciplinario, de naturaleza técnica y perspectiva operativa de la Estrategia que tiene como base las oficinas centrales del Instituto, pero con una articulación operativa estrecha con los territorios.

Entre sus funciones principales están:
- Coordinar el proceso de implementación
- Gestionar los recursos necesarios, especialmente los relacionados con infraestructura, recursos humanos, normativa, sistemas de información, disponibilidad de tecnologías sanitarias, comunicación.
- Brindar el soporte técnico específico a los procesos
- Servir de enlace entre el Equipo Gestor Central y el Equipo Implementador Local
- Brindar apoyo administrativo para la ejecución de los procesos en los territorios.
- Elaborar informes periódicos de los avances y resultados de la implementación de la Estrategia.
- Presentar los informes periódicos y el Informe Anual, el cual deberá incluir indicadores de productividad, financieros y de impacto, así como las recomendaciones y propuestas de mejora. Los informes elaborados deberán ser presentados al Equipo Gestor Central para su aprobación y posterior presentación a Gerencia.

Será nombrado por la Gerencia e integrado por profesionales de diversas disciplinas pertenecientes a la Gerencia y las Subgerencias del Instituto, quienes serán seleccionados de acuerdo con el ámbito de sus competencias. Gradualmente y en el marco del cumplimiento del ordenamiento normativo del Instituto, este Equipo Implementador tendrá una dedicación exclusiva a la implementación de la Estrategia, deberá disponer de un espacio físico exclusivo y los recursos necesarios para la planificación, gestión y seguimiento de diferentes procesos.

El Gerente nombrará al coordinador (Director), quien será responsable de conducir el proceso de implementación, basado en la hoja de ruta o planes específicos que el Equipo Implementador Central proponga y que sea aprobado por el Equipo Gestor Central.

Es pertinente planificar y gestionar la creación de una estructura organizativa permanente dentro del Instituto, para favorecer el desarrollo de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, sus procesos y su sostenibilidad. Una vez instalada esta estructura organizativa, la autoridad de mayor jerarquía pasará a formar parte del Equipo Gestor Central.

c. Equipo Implementador Local:
Equipo técnico de naturaleza operativa con perspectiva técnica y estratégica y de actuación en el territorio donde se implemente la Estrategia de Medicina Familiar y Comunitaria.

Designado por el Subgerente y estará conformado por el Director Departamental y los directores de las Unidades Médicas del territorio seleccionado.

Entre sus funciones principales están:

- Organizar al personal de las dependencias a su cargo, quienes, de manera participativa, desarrollarán el plan de implementación local y la gestión de los procesos y recursos necesarios.
- Elaborar de manera conjunta con el Equipo Implementador Central el análisis del territorio seleccionado que incluya aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, la red de servicios de salud, recurso humano, entre otras variables, que permita tener un conocimiento pleno de la situación de salud y sus factores determinantes en el territorio, así como establecer una línea basal.
- Elaborar la propuesta de división y subdivisión del territorio, así como la organización de los servicios existentes y los proyectados en el marco de la Estrategia de Redes Integradas de Servicios.
- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos definidos en la Estrategia de Medicina Familiar y Comunitaria.

d. Equipo interdisciplinario de Salud Familiar y Comunitaria

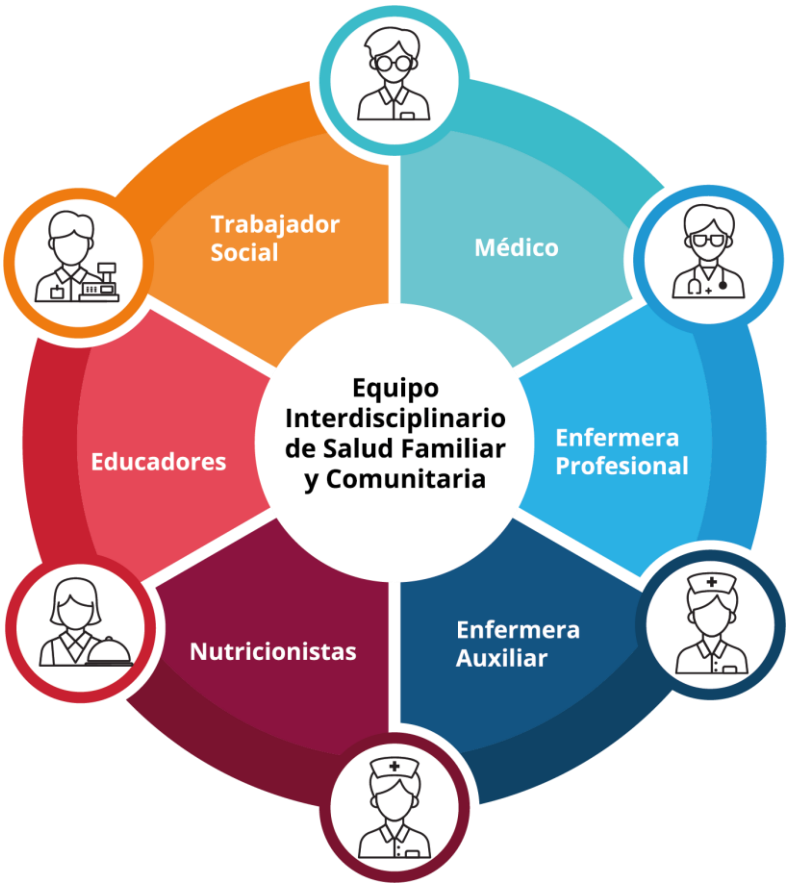
Equipo interdisciplinario para el desarrollo integral de las acciones planificadas, las que se enmarcan en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos.

Se le considera un equipo dinámico en su conformación y funcionamiento, integrado por profesionales en medicina, enfermería, nutrición, trabajo social, educadores, entre otros, según las competencias y las necesidades del territorio. Este equipo además de sus competencias específicas por la naturaleza de su profesión deberá contar con experiencia o formación en Atención Primaria en Salud y Medicina Familiar y Comunitaria.

Deberá conformarse como mínimo por 01 médico, personal de enfermería (auxiliar de enfermería y enfermería profesional). Este equipo matricial tendrá a su cargo las acciones de la Estrategia de Salud familiar y Comunitaria, para lo cual se habilitará 01 clínica de salud familiar y comunitaria y se designará una población de afiliados y derechohabientes, adscrita a la misma.

Figura 1:

Equipo Interdisciplinario de Salud Familiar y Comunitaria. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2025.



Fuente: Elaboración propia. IGSS, 2025.

El médico general o médico especialista, es responsable de la clínica de salud familiar y comunitaria, coordina y planifica con el equipo interdisciplinario las intervenciones en el área de influencia que le corresponda, participan en los procesos de tutoría (docencia) a los profesionales que están en formación; adicionalmente el equipo interdisciplinario se complementa con la presencia del residente en la Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria y otros profesionales que participen en los procesos formativos.

El equipo interdisciplinario matricial, podrá ampliarse con otras especialidades o profesiones (equipo multiprofesional) de manera permanente o temporal según las necesidades y el perfil epidemiológico de la población del territorio definido (educadores, trabajadores sociales, nutricionistas, etc.).

La atención de otras especialidades o disciplinas deberá coordinarse según la disponibilidad en los demás servicios de la red nacional del Instituto, atendiendo las necesidades, la capacidad instalada y el perfil epidemiológico en los territorios. Para ello, se puede gestionar la referencia de los pacientes hacia servicios especializados o la movilización de profesionales hacia las zonas que más lo requieran en días específicos, asegurando un acceso oportuno y adecuado a la atención especializada.

Intersectorialidad y participación comunitaria

La intersectorialidad se plantea como un ejercicio de articulación y coordinación con actores clave, tanto en el ámbito del territorio como en la gestión de oficinas centrales. Se incluyen actores pertenecientes a instituciones públicas y privadas; y, tiene como objetivo central el abordaje de factores estructurales relacionados con los determinantes sociales de la salud, la medición de desigualdades en salud y el análisis de las inequidades en salud.

Por su parte, a través de la participación comunitaria se identificarán actores clave como líderes comunitarios, autoridades locales, personas, entre otros que comparten intereses, necesidades, problemas o factores que determinan el proceso salud y de la enfermedad en el territorio; con los cuales se coordinarán intervenciones para solucionarlos.

Evaluación de resultados y rendición de cuentas

El equipo implementador deberá generar informes periódicos sobre la implementación de la estrategia, los cuales reflejarán la situación de la red de servicios de salud, la ejecución de los componentes de la estrategia y el desarrollo de los procesos de atención (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), Asimismo, estos informes incluirán la evaluación de la satisfacción de los usuarios, los procesos de formación del personal, los costos de atención y otros aspectos relevantes que permitan medir el impacto de la estrategia y extraer lecciones aprendidas.

Para lo anterior se deberán garantizar los instrumentos de captura de información necesaria y las adecuaciones tecnológicas la integración de los sistemas de información que permitan la sistematización oportuna.

Para garantizar una evaluación efectiva, se deberán disponer de los instrumentos adecuados para la recopilación de información, así como de las herramientas tecnológicas necesarias que permitan la integración y sistematización de los datos en tiempo real. La digitalización de estos procesos contribuirá a la toma de decisiones basada en evidencia y facilitará la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

La mejora de la calidad en los servicios sanitarios requiere un enfoque sistemático y continuo, basado en una metodología rigurosa que combine la innovación con la medición constante de los resultados obtenidos. Como establece la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) “Lo que no se mide no se conoce bien, lo que no se conoce no se puede mejorar, y la mejora conseguida sólo puede considerarse cierta si se documenta adecuadamente”.

En los últimos años, se ha reconocido que, además de los dirigentes del sistema de salud, el propio personal sanitario desempeña un papel crucial en la evaluación y mejora de la calidad, al menos desde una perspectiva ética y profesional. En este sentido, es fundamental que la capacitación en metodologías de evaluación y mejora de la calidad forme parte de las competencias esenciales de todos los trabajadores de la salud, alineándose con la Estrategia para la Implementación del Sistema Nacional de Calidad en Salud (OPS, 2020).

El proceso de evaluación debe concebirse como un mecanismo formativo y de retroalimentación, cuyo objetivo es fortalecer la responsabilidad de los evaluadores y mejorar la recolección y análisis de datos en todas sus etapas.

Esto incluye el diseño general del proceso, la estructura de los instrumentos aplicados y la aplicación de metodologías rigurosas para la obtención de resultados, asegurando interpretaciones ajustadas al contexto en el que se implementan las estrategias. (OPS, 2020).

Servicios de Salud del Instituto

El Instituto dispone de servicios a nivel nacional, (infraestructura, tecnologías sanitarias y servicios de soporte); la cual deberá establecerse en el marco de la estrategia de redes integradas y ajustarse a los mecanismos de coordinación efectiva. La ubicación de los servicios que configuran la red en un territorio deberá sujetarse a criterios previamente establecidos, para una distribución que sea equitativa, pertinente, accesible y eficiente. Esto conlleva a evaluar la conveniencia de su reorganización, fortalecimiento o la creación de nueva infraestructura, dotación de nuevas tecnologías sanitarias y la provisión de servicios de soporte.

Como parte de los servicios de la red de atención, deberá considerarse la habilitación de clínicas de Salud Familiar Comunitaria dentro de los Consultorios o como un anexo de estos. Este espacio físico es la sede de uno o más equipos interdisciplinarios responsables de implementar las acciones técnicas y operativas de la Estrategia, encargados de las acciones de prevención, curación, rehabilitación y seguimiento de las personas, según su ciclo de vida y las necesidades de atención en salud.

9. Componentes de la Estrategia según el Marco Normativo del IGSS

Atención integral basada en APS

Se realizarán las adecuaciones técnicas y normativas del Instituto para el fortalecimiento y desarrollo de procesos e intervenciones orientadas a fortalecer la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, centradas en las personas a lo largo del curso de vida, teniendo en cuenta su entorno familiar, laboral y comunitario, considerando además los factores que determinan la salud y la enfermedad.

Las guías de práctica clínica, los protocolos para el abordaje de la situación de salud, entre otras herramientas, deberán caracterizarse por el abordaje integral de los procesos, describiendo en cada una de las intervenciones los aspectos vinculados con la promoción, prevención, curación, rehabilitación y los cuidados paliativos cuando corresponda; así como las coordinaciones que permitan garantizar el continuo de la atención.

Se deberá definir la cartera de servicios dinámica, sobre la base del perfil epidemiológico, las necesidades y la capacidad de respuesta que se gestione en el territorio, por lo que esta estará sujeta a las adecuaciones institucionales y deberá ser actualizada de manera periódica.

El Equipo Gestor Central y los equipos implementadores e interdisciplinario, desarrollarán la propuesta de la cartera de servicios integrales considerando la capacidad de la red de servicios que se gestione en el territorio.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

El Instituto cuenta con una Política Preventiva, la cual fue aprobada por la Junta Directiva en el Punto VIGESIMOSEGUNDO Sesión Extraordinaria J-34-05-18 del 03 de mayo de 2018, en la cual se propone dentro de sus ejes y objetivos, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fundamento que se contribuirá a mejorar el estado de bienestar físico, mental y social de los afiliados, trabajadores y beneficiarios reflejándose en el aumento de su productividad, lo que se traducirá en un mayor desarrollo para sus familias y el país. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2018):

“La política preventiva de seguridad social obliga a considerar que los ambientes de vivienda, trabajo y prestación de servicios sean saludables y seguros y puedan hacer frente a futuros riesgos vinculados con el cambio climático, fenómenos telúricos y de otra naturaleza. Por tanto, es necesario que el IGSS sea el líder que fomente interna y externamente el desarrollo de acciones que promuevan seguridad en los ambientes de vivienda, trabajo y de prestación de servicios, para lo cual es necesario la coordinación con todos los sectores involucrados”. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2018).

La Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria plantea un escenario que fortalecerá el desarrollo de las acciones de promoción y prevención definidas en la Política Preventiva del Instituto, por lo que, en la implementación de la Estrategia, se deberán atender los preceptos de la referida Política, considerando, además:

En el ámbito de la Promoción de la Salud, implementar procesos que abarquen las siguientes acciones:

- Elaborar diagnósticos y análisis de la situación de salud y de sus factores socioeconómicos determinantes.
- Promover políticas públicas, proyectos, acciones para generar entornos saludables, que además serán el sustrato de la intersectorialidad a favor de la salud.
- Incentivar el desarrollo de proyectos comunitarios que impactan la salud, promoviendo la participación de afiliados, patronos, entre otros.
- Desarrollar estrategias para un entorno laboral seguro y saludable.
- Participar e incidir en los espacios de organización del territorio (COMUDE, CODEDE).
- Implementar grupos de apoyo y autoayuda.
- Participar en los Comités de emergencia local

En general, propiciar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer el impacto positivo en la salud de la población afiliada y derechohabiente, considerar para este aspecto, el fomento de la intersectorialidad.

Considerando que la prevención de enfermedades no solamente consiste en desarrollar acciones para evitar la aparición de la enfermedad y la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance, atenuar sus consecuencias y retardar la aparición de secuelas una vez establecida; se deberá fortalecer la implementación de las siguientes acciones:

- Identificar factores de riesgo sobre la base de los determinantes de la salud.
- Definir los problemas de salud prioritarios considerando el impacto
- Intervenciones efectivas para evitar la progresión, complicaciones y secuelas de los problemas de salud.
- Desarrollar programas permanentes de prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.
- Fortalecer coberturas de vacunación.
- Salud sexual y reproductiva.
- Estilos de vida saludables.
- Diagnóstico oportuno y proyectos de tamizaje de enfermedades priorizadas según el perfil epidemiológico.
- Nutrición y desarrollo entre otros.

Curación, rehabilitación y cuidados paliativos

El equipo interdisciplinario deberá procurar que en su sector se resuelva más del 80% de los eventos que requieren curación, rehabilitación y cuidados paliativos, evitando con ello saturación de las emergencias hospitalarias, hospitalizaciones o derivaciones innecesarias. La derivación de pacientes a otros servicios se basará en criterios que garanticen el continuo de la atención. Estos procesos deben brindarse centrados en las personas, considerando el entorno familiar y comunitario; procurando que sean pertinentes a las características y expectativas de la población.

a. Curación:

Son las acciones encaminadas a restablecer la salud de las personas, ya sea física o psicológica y es el resultado de un conjunto de procedimientos que deben brindarse de manera pronta y oportuna para tratar una enfermedad o afección; deberán considerarse los siguientes procesos:

- Uso racional de tecnologías sanitarias (énfasis en vigilar y controlar la polifarmacia, el uso de antibióticos y el uso desmedido de medios diagnósticos).

- Calidad de la atención y seguridad en las intervenciones tanto para los usuarios como para los prestadores de servicios
- Intervenciones basadas en evidencia científica
- Otros

b. Rehabilitación:

Fortalecer procesos normativos, dotación de recursos y tecnologías para facilitar el acceso temprano y oportuno a los servicios de rehabilitación pertinentes a realizar en el ámbito comunitario y domiciliar, los cuales podrán desarrollarse por el equipo interdisciplinario de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, con la participación de los cuidadores y de las personas con afecciones. Deberán considerarse las siguientes intervenciones:

- Establecer la situación e identificar a las personas con discapacidad en el territorio, para clasificar y priorizar las intervenciones necesarias.
- Desarrollar estrategias para la integración de las personas con discapacidad a las actividades de la vida cotidiana.
- Definir los criterios para la derivación de pacientes.
- Disponibilidad de los servicios

c. Cuidados paliativos:

El Instituto deberá desarrollar el manual de cuidados paliativos para el manejo domiciliar y ambulatorio de pacientes que lo requieran (enfermedades graves o terminales), con especial énfasis en los territorios en donde se implemente la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, con el objetivo de asegurar la integralidad y continuidad en la atención para disminuir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida y la de sus familias:

- Definir criterios para el manejo domiciliar y ambulatorio del paciente con cuidados paliativos
- Elaborar guías de atención integral para el abordaje biopsicosocial de los pacientes, la familia y cuidadores.
- Definir el rol y el alcance del equipo interdisciplinario
- Elaborar y fortalecer el uso de Guías para el control de síntomas y prevención de complicaciones
- Establecer criterios para la derivación (referencia) pertinente y oportuna
- Orientación oportuna al paciente, familia y cuidadores.
- Acompañamiento integral (biopsicosocial) a la familia antes durante y después del duelo.

Visita domiciliar:

Es la intervención integral de los afiliados o derechohabientes del Instituto en el domicilio, la cual se realiza por parte del equipo interdisciplinario o uno de sus integrantes, considerando el espacio familiar y su dinámica, como un escenario que determina su salud. Esta se deberá realizar con el objetivo de hacer el registro de la ficha familiar u otro instrumento institucional, en los cuales se obtendrá información relacionada con las personas y su entorno derivado que permite registrar información socioeconómica, sanitaria y ambiental de cada familia, facilitando identificar la situación de estas (factores de riesgo, determinantes, problemas de salud, identificar poblaciones prioritarias, etc.), la planificación de intervenciones, coordinación y seguimiento de las situaciones encontradas (planes de cuidado y abordaje, visitas domiciliares, mapas de riesgo, promoción, prevención, referencia etc.) para garantizar el continuo de la atención en la red de los servicios, según la adscripción de las personas al Régimen de Seguridad Social. Este proceso complementa lo establecido en el Acuerdo de Junta Directiva 466 Sección II, referente a la Asistencia Médica Domiciliar; Artículos 37- 47.

Para realizar la visita domiciliar se deberá elaborar una guía que oriente la implementación de este proceso, considerando aspectos administrativos, normativos, así como los instrumentos técnicos y herramientas tecnológicas que permitan la sistematización de la estrategia a través de la producción de información derivado de las intervenciones.

Procesos de gestión integral del recurso humano

Para la implementación gradual de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en todas las áreas de influencia del Instituto, se requiere de la gestión integral del recurso humano necesario, lo cual implica la dotación y formación de profesionales de diversas disciplinas para la atención integral (enfermería, medicina, nutrición, psicología, entre otros). En los lugares en donde se defina su implementación deberá establecer las necesidades del recurso humano y su gestión oportuna por parte de la Subgerencia de Prestaciones en Salud con el apoyo inmediato de la Subgerencia de Recursos Humanos.

Se establecerán procesos de formación permanente y continua que permitan actualizar y fortalecer las competencias del personal de salud. Para ello, se diseñarán procesos formativos que integren la transformación de las prácticas clínicas y comunitarias, la organización eficiente de los servicios y la mejora pedagógica en la formación sanitaria.

El equipo de salud deberá articular acciones intersectoriales, promoviendo la participación activa de los profesionales en espacios de educación permanente, investigación y prácticas innovadoras en salud (Balsanelli & Wander, 2019), integrando la formación con la realidad del servicio y las necesidades del territorio.

Para garantizar la disponibilidad de personal capacitado en nuevos territorios, se desarrollarán estrategias de formación específicas, que permitan fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios y asegurar una respuesta eficiente ante los desafíos del contexto sanitario del IGSS.

Para garantizar la disponibilidad de personal capacitado en nuevos territorios en donde se defina su implementación futura, se deberán establecer diferentes estrategias de formación, que permitan dotar de competencias a los integrantes de los equipos interdisciplinarios.

Dentro de los procesos de formación se pueden desarrollar los siguientes:

- Maestrías
- Diplomados
- Reorientación
- Educación permanente en salud

En el corto plazo el Instituto deberá implementar la Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria, para la formación del personal médico, considerando que la Junta Directiva del Instituto aprobó la inclusión de ésta en el Plan de Becas Institucional, por lo que se deberá coordinar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Organización Panamericana de la Salud, entre otras, la gestión de los procesos técnicos y las condiciones habilitadoras necesarias, para la implementación de la misma.

El resto del equipo interdisciplinario (enfermería, nutrición, trabajo social, psicología, entre otras disciplinas), deberá ser incorporado en procesos de formación en el corto y mediano plazo, por lo que la Subgerencia de Recursos Humanos, en coordinación con la Subgerencia de Prestaciones en Salud y los miembros del Equipo Gestor y del equipo

Implementador, deberán analizar y establecer los procesos de coordinación y gestión con las Universidades del país, organismos de cooperación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre otras instituciones, para establecer o fortalecer los programas de formación técnicos, licenciaturas, maestrías o especialidades, que respondan al marco técnico, conceptual y filosófico planteado en esta propuesta.

Participación comunitaria

El equipo interdisciplinario, así como el equipo implementador local de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, deberán definir el alcance de las intervenciones comunitarias, así como las intervenciones en las cuales se identificarán actores clave, como líderes comunitarios, autoridades locales, empresas, grupos de personas, entre otros, con los cuales se coordinarán intervenciones para solucionar los problemas o factores que determinan el proceso de salud y de la enfermedad.

Intersectorialidad

La gestión intersectorial deberá establecerse en los distintos niveles de gestión del Instituto con el objetivo de identificar y articular a los diferentes sectores para que participen y contribuyan con los diversos procesos de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, identificando las áreas y competencias donde su contribución sea sustantiva. Esta gestión intersectorial deberá ocurrir en el nivel central del IGSS, en sus Direcciones Departamentales y en los territorios, manteniendo una línea uniforme de coordinación. El desarrollo de esta coordinación deberá considerar de manera permanente la observancia y respeto de la autonomía del IGSS, así como la utilización racional de los recursos institucionales.

Implementación de las tecnologías de información y comunicación

Dotación de equipo, desarrollo de herramientas, aplicaciones tecnológicas que sean pertinentes para el desarrollo de actividades ambulatorias que faciliten la implementación de la estrategia y que permitan gestionar la información clínica y mejorar la atención médica.

Adecuaciones tecnológicas para la interoperabilidad o integración de las herramientas de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en el sistema MEDIIGS que permitirán sistematizar y fortalecer las intervenciones integrales del ámbito individual (Consultas, procedimientos, seguimiento); familiar (visitas familiares, intervenciones con enfoque familiar) y comunitario (gestiones a nivel comunitario, grupos de apoyo, redes de apoyo, gestión con autoridades o líderes locales).

Supervisión, monitoreo y evaluación

Durante la implementación de la Estrategia la Subgerencia de Prestaciones en Salud en conjunto con la Subgerencia de Planificación y Desarrollo, con el apoyo del Equipo Implementador, deberán diseñar herramientas y desarrollar procesos que garanticen la correcta implementación de la Estrategia, contribuyendo a identificar los avances hacia los objetivos establecidos, la medición de los resultados y de los indicadores de la Estrategia.

Lo anterior permitirá la retroalimentación de los procesos que se implementen, identificación de FODA, el desarrollo de planes de mejora continua, adecuaciones oportunas, optimización de los recursos, entre otros procesos.

10. Recursos necesarios y condiciones habilitadoras para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

Decisión política

Al más alto nivel del Instituto se aprobó el Plan Estratégico Institucional PEI 2023 - 2027, instrumento en el cual contempla en su objetivo No. 3, “Otorgar servicios de salud integrales y oportunos”.

Entre las diversas estrategias se define el desarrollo de un marco estratégico para fortalecer la atención en salud, la eficiencia, integralidad y la prevención en la prestación de los servicios de salud; proponiendo metas relacionadas con la elaboración de la Política

de Atención de Salud en el Instituto; así como la actualización e implementación progresiva del Modelo de Atención de la Salud ambos con enfoque en la Atención Primaria en Salud APS, la estrategia de Redes Integradas de los Servicios de Salud y Medicina Familiar; además planteó la disposición de tecnologías sanitarias, tecnologías de la información comunicación y la institucionalización de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes.

Basados en este mandato establecido en el PEI, se requiere la comunicación permanente con las autoridades del Instituto para la toma de decisiones oportuna que favorezca la viabilidad del proceso de implementación. El posicionamiento político y estratégico permanente de la Medicina Familiar y Comunitaria es deseable, así como la coordinación de alto nivel con el MSPAS.

Análisis de situación del territorio seleccionado

Para sustentar de manera objetiva la definición de un territorio se deberá realizar el análisis de este, considerando las siguientes variables:

- Ejercicio de cartografía sociosanitaria.
- Caracterización sociodemográfica del territorio.
- Perfil epidemiológico del territorio comparado con el perfil epidemiológico del Instituto.
- Análisis de los determinantes sociales de la salud.
- Definición de brechas de desigualdad en salud y análisis de inequidades en salud
- Definir y documentar la situación de la red de servicios de manera general e institucionales: infraestructura, recurso humano, tecnologías sanitarias, servicios de apoyo etc.

Identificación de brechas en la atención familiar y comunitaria (recursos necesarios) y definición del plan de gestión, que incluya como mínimo:

* Recursos humanos (equipos de SFC; equipos multiprofesionales; residentes).
* Infraestructura y equipos (Habilitación de las Clínicas de SFC, estructuración y fortalecimiento de la red).
* Tecnologías sanitarias.
* Servicios de apoyo.
* Entre otros.

Gestión del territorio

El territorio es el escenario fundamental para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, este se deberá seleccionar considerando criterios socio-demográficos, epidemiológicos, capacidad instalada, las necesidades y prioridades institucionales.

Se considera relevante, la selección del territorio y su ordenamiento correspondiente, cuyo ejercicio de división y subdivisión, es un análisis de base local a cargo del Equipo Implementador y se constituye en una de las primeras acciones de naturaleza técnica y administrativa para la planificación y gestión de las condiciones habilitadoras.

Valorar las características de la población y del espacio geográfico y sus factores determinantes, será relevante para el relacionamiento favorable entre el equipo de salud y la comunidad y en consecuencia la aceptación de la presente Estrategia.

El ordenamiento, consiste en dividir y subdividir el territorio seleccionado en áreas geográficas en donde residen afiliados y derechohabientes, para definir la adscripción

su población a 01 equipo interdisciplinario, lo cual facilitará la organización pertinente, la prestación y aceptación de las intervenciones, así como el relacionamiento entre el equipo de salud y la comunidad, por lo que será de alta relevancia considerar además del espacio geográfico y la cantidad de habitantes, las características de la población que lo habita y sus elementos determinantes.

Cada área geográfica será atendida por 01 equipo matricial interdisciplinario, responsable de la implementación de las acciones de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitario, por lo que se deberá garantizar la disponibilidad de recurso humano capacitado, fortalecimiento de la infraestructura, tecnologías sanitarias, soporte técnico y administrativo correspondiente; lo cual permitirá un mayor acercamiento de la población a los servicios que presta el Instituto, así como la resolución oportuna de los problemas y las necesidades en salud.

Infraestructura y tecnologías sanitarias

Derivado del análisis institucional de la red, se deberá garantizar en la red de servicios del territorio, la disponibilidad y el acceso a la infraestructura sanitaria, medicamentos, dispositivos médicos y los servicios diagnósticos que sean pertinentes y necesarios para la atención integral de las personas de manera oportuna.

En el caso de infraestructura se deberán establecer y realizar los procesos necesarios, como remozamiento, ampliaciones o habilitación de nueva infraestructura ya sea dentro de los consultorios o en áreas anexas considerando acercar los servicios a la población afiliada y derechohabiente.

En el caso de las tecnologías sanitarias, se deberán establecer los mecanismos administrativos y normativos para la entrega oportuna de medicamentos; y para el resto de las tecnologías sanitarias (servicios diagnósticos, telemedicina, entre otros) se deberán de considerar aspectos de la demanda y financieros, para la planificación y organización de estos servicios.

La red de servicios deberá estar dotada de equipo, insumos y materiales médicos y no médicos para garantizar el desarrollo óptimo de los procesos y procedimientos que permitan la entrega óptima de los servicios.

Gestión del Recurso humano

Hace énfasis a procesos relacionados con la disponibilidad del recurso humano (idóneo y suficiente), que incluye de manera sustantiva la formación continua y procesos de capacitación.

Para la formación de profesionales de diversas disciplinas (enfermería, medicina, nutrición, psicología, entre otros), con el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, es importante reconocer que actualmente, en el país no se cuenta el recurso humano capacitado en esta especialidad, por lo que se requiere de la coordinación y gestión interinstitucional a nivel nacional e internacional para fortalecer estos procesos formativos, en tanto se desarrolla la capacidad instalada. El impulso político, administrativo y financiero para cumplir con las fechas programadas para el inicio de la Maestría en Medicina Familiar es clave.

Estrategia de comunicación

La estrategia de comunicación está orientada a generar expectativa e informar sobre el Modelo de Atención de la Salud del IGSS y su estrategia central la Medicina Familiar y Comunitaria. De igual modo, deberá ser orientadora de los procesos y para recoger información y percepciones acerca de la implementación y desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Para el logro de lo anterior se requiere el desarrollo de un Plan de Comunicación el cual deberá elaborarse de manera coordinada entre el Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas del IGSS y los equipos Gestor e Implementador.

Adecuaciones normativas

Los equipos Gestor e Implementador sobre la base de los procesos que se proponen para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, deberán analizar y establecer las adecuaciones normativas que permitan fortalecer y sustentar la implementación de la Estrategia considerando los procesos organizativos y administrativos, la implementación de servicios de apoyo, la gestión de la provisión de los servicios integrales de salud. Para la realización de esta adecuación normativa deberá promoverse la coordinación con las dependencias institucionales responsables en el Instituto. Un proceso de conceptualización y sensibilización es deseable para una adecuación normativa pertinente y viable.

Servicios de apoyo

Se deberá evaluar la pertinencia y gestión de recursos vinculados a los servicios de apoyo que se identifiquen necesarios para la implementación de la Estrategia, como lo son los aspectos de movilización del personal, alimentación, despacho de medicamentos, seguridad, soporte tecnológico, la pertinencia de la contratación de servicios médicos y no médicos, entre otros.

Presupuesto necesario

Se deberán garantizar los recursos financieros necesarios para la implementación de los recursos, previamente deberá realizarse un análisis integral de los procesos y de la capacidad instalada, brechas, la definición del plan de implementación y la consideración de movilización de recursos ya disponibles, o la gestión del incremento del presupuesto de ser pertinente.

11.Evaluación y Sostenibilidad

Indicadores

Bibliografía

1. Abril-Collado, R. O.-F. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es&tlng=es
2. Aguilera Campos, C. (2003). O Desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Obtenido de https://www.scielosp.org/pdf/csc/2003.v8n2/569-584/pt
3. Amelia VanderZanden et al. (2021). Community-oriented primary care: Lessons from Costa Rica. Costa Rica: The Commonwealth Fund. .
4. Barragán Bechara, J. C. (2012). Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto. Obtenido de Universidad y Salud: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200008&lng=en&tlng=es.
5. Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Obtenido de https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222
6. Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales. Obtenido de https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/07/Prevencion.pdf
7. Ciaponni, A., Glujovsky, D., Daray, F., & López, A. (Diciembre de 2012). Serie Sobre Hospitalizaciones Evitables y Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de Revisión exploratoria de evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables.
8. Comisión Nacional de Productividad. (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Obtenido de https://www.cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf
9. Congreso de la República de Guatemala. (enero de 2024). Ley para la Atención Integral del Cáncer. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnhttps://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/decretos/bef42-07-2024.pdf
10. Cortés-Tello, F., Silva-Jiménez, D., Arancibia-Morales, D., & Muñoz-Marín, D. (mayo-agosto de 2021). El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. Obtenido de https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215
11. De La Guardia Gutiérrez, M., & Jesús, R. L. (enero de 2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Obtenido de https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf
12. Diego, G.-H., Barros, X., Quiroz, A., Barria, M., Soto, G., & Vargas, I. (18 de octubre de 2018). Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado el 12 de 01 de 2025, de Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160
13. Diego, J. G. (2018). Evaluación de estrategias de atención primaria en salud en América Latina. Revista Salud Pública, 20(1), 45-60.

14. Dois, A. C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Obtenido de Perception of users about an Integral Model of Family and Community Health care in Santiago, Chile: https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005
15. Garrafiel Pimentel, F., Buchweitz, C., Onocko Campos, R. T., Onocko Campos, R. T., & et al. (2023). Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. Elseveir.
16. Gómez-Torres, D. &.-A. (2023). La enfermera de enlace: revisión de su actuación en la continuidad del cuidado. Obtenido de https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23058
17. González Rodríguez, A. (diciembre de 2011). Estudios de Psicología. Obtenido de Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos: https://www.scielo.br/j/epsic/a/7rp4F7NtTZncYnbDj87gHvh/?format=pdf&lang=es
18. Guatemala, C. d. (1946). Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Decreto 295 del Congreso de la República de Guatemala.
19. IGSS. (2023). Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2027. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
20. IGSS. (2024). Boletín Estadístico de Prestaciones en Salud, año 2023. (&. A. Subgerencia de Planificación y Desarrollo. (E. García, Productor) Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnhttps://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2025/01/Boletin-Estadistico-Prestaciones-en-Salud-2023-IGSS.pdf
21. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2018). Política Preventiva de la Seguridad Social en Guatemala. Obtenido de https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2022/07/Politica- Preventiva-de-la-Seguridad-Social-IGSS-enero-2019.pdf
22. Jacob, G. (2014). Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud, 1. Recuperado el 15 de enero de 2025, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/04/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion- primaria-salud.pdf
23. Mendes, Eugênio Vilaça. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasilia DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
24. Ministerio de Salud, Chile. (2024). Centros de Salud Familiar (CESFAM). Obtenido de https://redsalud.ssmso.cl/centros-de-salud-familiar-cesfam/
25. Ministerio de Sanidad España. (2021). Cuidados Paliativos. Obtenido de Guía de Atención Primaria: https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:cf884739-e43c-4a8e-87e6-4a3c226acc0b/Cuidados_Paliativos.pdf
26. OIT. (2024). Informe Mundial sobre la protección social 2024-2026: Protección social universal para la acción climática y una transición justa.
27. Olvera Esquivel, J. G. (2015). El concepto de equidades y sus contradicciones: la política social mexicana. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032015000400581&lng=es&tlng=es
28. OMS. (2021). Calidad de la Atención. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
29. OMS. (15 de noviembre de 2023). Atención Primaria de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
30. OMS y UNICEF. (1978). Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata,. Obtenido de Declaración de Alma Ata: https://www.paho.org/es/documentos/declaracion- alma-ata
31. OMS/UNICEF. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Obtenido de https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065.
32. OPS. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Obtenido de documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660
33. OPS. (2010). Redes Integradas de los servicios de Salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/

temas/redes-integradas-servicios-salud
34. OPS. (2022). Medicina familiar y comunitaria contribuye a transformar el sistema nacional de salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/13-10-2022-medicina-familiar-comunitaria-contribuye-transformar-sistema-nacional-salud
35. OPS, O. P. (2020). Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
36. OPS/OMS. (2003). Alma-Ata 25 años después. Obtenido de https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues#::text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20(APS)%20es%20la%20clave%20para,y%20el%20pa%C3%ADs%20puedan%20soportar.
37. OPS/OMS. (2021). Cuidados paliativos en las Américas. Obtenido de La medicina ayuda a prevenir, curar y tratar enfermedades, pero tiene límites. El final de la vida.: https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas
38. OPS/OMS. (2023). Determinantes sociales de la salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud?utm_source=chatgpt.com
39. OPS/OMS. (2023). Equidad en Salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud
40. OPS/OMS. (2023). Promoción de la salud. Obtenido de Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social.: https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud#::text=La%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20es%20un%20elemento%20clave%20para,posible%20con%20solidaridad%20y%20equidad.
41. OPS/OMS. (2023). Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud#::text=La%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20es%20un%20elemento%20clave%20para,posible%20con%20solidaridad%20y%20equidad.
42. OPS/OMS. (2024). Rehabilitación. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion
43. Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y Centrados en la Persona. Obtenido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf
44. Perú, M. d. (2020). Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida. Obtenido de Para la Persona, Familia y Comunidad (MCI): chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf
45. Rivera-Dommarco, J. A. (2018). Non-communicable diseases and public health policy in Mexico: Challenges and opportunities. The Lancet, 391(10123), 1360-1372.
46. Rosas Prieto, A., Narciso Zarate, V., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Scielo Perú.
47. Universidad San Sebastián. (febrero de 2022). Hospitalizaciones evitables por ACSC. Obtenido de Estudio: Eficiencia en la gestión de Atención Primaria de Salud: https://cnep.cl/wp-content/uploads/2023/10/v1-Informe-Hospitalizaciones-Evitables-ACSC-USS-CNEP.pdf
48. Vargas, I., Vásquez, M., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Obtenido de https://www.scielo.br/j/csp/a/55gzNpWhnxz4pvGdS7Smx7h/

Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

Base conceptual y orientadora para la construcción
y desarrollo de un **Modelo de Atención de la Salud en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

Guatemala, marzo 2025