



# Modelo de Atención para Poblaciones Dispersas: Análisis de su institucionalización

Doi: <http://dx.doi.org/10.35954/SM2016.35.1.2>

Angel Lazo<sup>a</sup>; Jacqueline Alcalde<sup>b</sup>, Alfonso Nino<sup>a</sup>, David Gordillo<sup>c</sup>,  
Tania Sarmiento<sup>c</sup>, Víctor Becerri<sup>b</sup>

a) Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración. Lima, Perú.

b) Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Cuernavaca, Morelos; México.

c) Hospital de la Red de Salud de Cangallo. Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Perú.

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar la institucionalización del modelo de atención que implementó el Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas en la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Perú, después de cinco años de su culminación.

**Material y métodos.** Se realizó una investigación cualitativa con muestreo teórico intencional en la Red Centro de la Dirección Regional de Ayacucho que comprende las provincias de Cangallo, Vilcas Huamán y Víctor Fajardo. Se utilizaron como técnicas de recolección de información la observación directa, entrevistas semi-estructuradas y en profundidad que se aplicaron a informantes clave. Se realizaron 38 entrevistas a personal directivo de la Región de Salud Ayacucho y de la Red Centro; personal operativo de las unidades de primer nivel de atención, autoridades municipales provinciales y distritales, dirigentes de organizaciones comunitarias y personal directivo y operativo del Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas. **Resultados.** Se volvieron habituales las prácticas sociales en salud para el trabajo extramuros, la planificación operativa anual, la evaluación y el monitoreo. Se observó apropiación de la negociación de proyectos comunitarios mientras que los procesos de formalización del modelo fueron insuficientes. Por lo que toca a la permanencia en el tiempo, perduran el trabajo extramuros, la planificación operativa anual, el monitoreo y la evaluación del modelo.

**Conclusiones.** La metodología para el trabajo extramuros, así como la planificación, monitoreo y evaluación lograron institucionalizarse en unidades de primer nivel de atención como parte del modelo de atención a poblaciones dispersas.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud Comunitaria, Administración de los Servicios de Salud, Salud Rural, Institucionalización

## SUMMARY

**Objective.** To analyze the institutionalization of the health care model implemented by the Health Care Project for Scattered Communities in the Regional Health Direction in Ayacucho, Perú, five years after it had finished.

**Material and methods.** It was performed a qualitative investigation with an intentional theoretical sampling at the Ayacucho Red Centro – Regional Direction, comprising provinces of Cangallo, Vilcas Huamán and Víctor Fajardo. Information collection techniques applied were: direct observation, semi-structured as well as thorough interviews focused on key informants. Thirty-eight interviews were carried out, with management staff of the Ayacucho Health Region and Red Centro; operational staff of first level health care units, Province and District municipal authorities, community organization managers and managers and operational staff of the Health Care Project for Scattered Communities.

**Results.** Health social practices became frequent for external tasks, annual operational planning, assessment and supervision. It was observed the acquisition of negotiation in community projects, while model formalization processes were insufficient. With reference to permanence in time, external tasks, annual operational planning, model supervision and assessment still remain in force.

**Conclusions.** Work methodology for external tasks, as well as planning, supervision and assessment, became institutionalized in first level health care units as part of the health care model for scattered populations.

**KEY WORDS:** Primary Health Care, Community Health Services, Health Services Administration, Rural Health, Institutionalization

Recibido: Enero 2016

Aceptado: Mayo 2016

Correspondencia: Avenida Universidad 655. Col Santa María Ahuacatitlan. CP. 62100. Cuernavaca. Morelos. México

E-mail: [jacqueline.alcalde@insp.mx](mailto:jacqueline.alcalde@insp.mx)

Salud Militar 2016; 35(1):9-18

## 1. INTRODUCCIÓN

Conceptualizamos la atención de salud como el conjunto de prácticas sociales en salud (PSS) individuales y colectivas que ponen de manifiesto alguna forma o método para atender o “estar atentos” a la salud de la población. Las PSS (1,2,3) son un conjunto de hechos y actos con significado público, reconocidas y ejecutadas individual o colectivamente (4) para dar respuesta a las necesidades de salud de los individuos, las familias, las comunidades y su entorno. Las PSS abarcan el fomento (5), el mantenimiento y la recuperación de la salud. Cuando las PSS se organizan y ordenan de manera coherente y racional, al tiempo que alcanzan cierto grado de institucionalización, configuran un modelo de atención (6,7). Su naturaleza y evolución dependen de la capacidad creativa e innovadora de los actores que participan en ellas; es por ello que con frecuencia los modelos quedan circunscritos o limitados a los ámbitos y actores que les dieron origen.

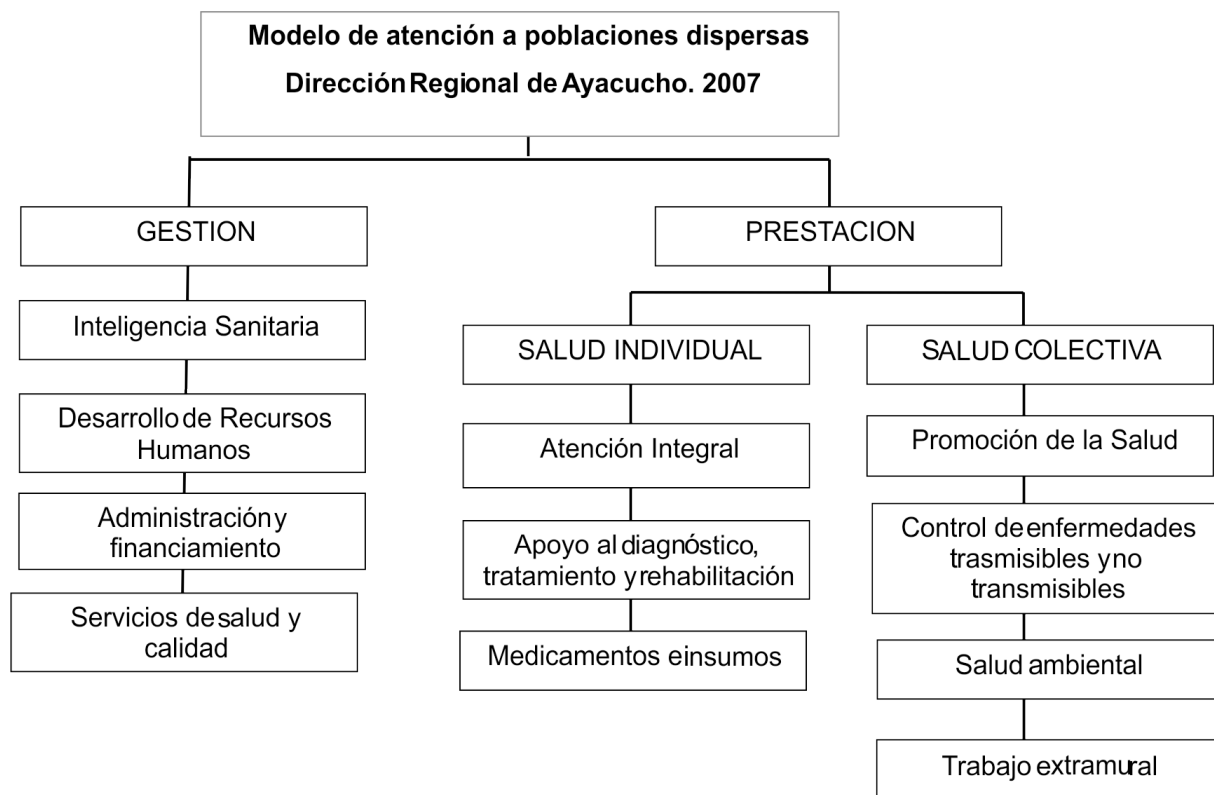
El modelo de atención es un instrumento metodológico para interpretar e intervenir en la realidad sanitaria (8) sobre cuya base se organizan los servicios de salud, se distribuyen los recursos (9) y se establecen relaciones con otros sectores. Su coherencia se expresa en la capacidad para responder pertinente y eficazmente a las necesidades de salud de la población; y su capacidad de producir resultados está determinada por su grado de institucionalización y su permanencia en el tiempo.

La institucionalización se concibe como un conjunto de principios reguladores de las PSS que activan un proceso mediante el cual estas prácticas alcanzan un

“patrón de normalidad” socialmente reconocido. Lazo y Nino (10) reconocen tres dimensiones de la institucionalización: 1) *Legitimación*; las PSS pasan de ser conocidas a incorporadas por la población como prácticas propias (11) y no dependen de los actores que las originaron (12); 2) *Formalización burocrática*; presencia de una estructura orgánica, normas, procesos y recursos que aseguran la ejecución de las PSS; y la 3) *Permanencia en el tiempo*; constatación de que las PSS perduran a lo largo del tiempo.

Entre 2001 y 2003 el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú y el Gobierno Regional de Ayacucho (13) ejecutaron el Proyecto de Atención de Salud a Comunidades Dispersas (PACD) con financiamiento del Gobierno de Holanda, el cual se implementó en la Red Centro de la Dirección Regional de Ayacucho. El objetivo fue “mejorar el acceso y la corresponsabilidad de la población ubicada en zonas alejadas de la atención de salud integral a través de un modelo de atención basado en equidad, calidad y eficiencia” (14). El modelo se organizó en dos componentes: gestión y prestación. En la gestión se desarrollaron las áreas de Información para la gestión (inteligencia sanitaria), recursos humanos, administración de servicios de salud y calidad, y financiamiento. La prestación se implementó a través de dos subcomponentes: el individual, que impulsó la atención integral de salud, apoyo al diagnóstico y tratamiento, y el expendio de medicamentos; mientras que el subcomponente colectivo impulsó la promoción de salud, el control de enfermedades transmisibles, la salud ambiental, la participación en el desarrollo comunitario y la nutrición (Figura 1).

**Figura 1.** Componentes del Modelo de Atención a Poblaciones Dispersas. Ayacucho, Perú 2008.



Fuente: Tomado del informe del Modelo de Atención Ayacucho, 2002 y adaptado por el equipo de investigación.

El presente artículo analiza la institucionalización de las PSS del Modelo de Atención a Poblaciones Dispersas que implementó el PACD en la Dirección Regional de Ayacucho (DIRESA) a cinco años de la conclusión del proyecto.

## 2. MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa transversal con Muestreo Teórico Intencional en el ámbito de la Red Centro de la Dirección Regional de Ayacucho que comprende las provincias de Cangallo, Vilcas Huamán y Víctor Fajardo. Se seleccionaron informantes clave involucrados en la implementación del modelo durante 2002-2003, con capacidad para convocar a actores locales y que al momento de la investigación estuvieran realizando actividades de gestión o prestación de servicios en el ámbito donde se implementó el modelo.

Se entrevistó a funcionarios de las redes de Cangallo, Vilcas Huamán y Víctor Fajardo, personal de salud de los establecimientos de salud pertenecientes a estas redes, directivos y personal del PACD, dirigentes comunales de las comunidades de Pomabamba, Huallchancca, Pillpicanchi, Uchuiry y Michicobamba. Igualmente, participaron funcionarios de las Municipalidades de Morochucos, María Parado de Bellido, Chuschi y la Municipalidad Provincial de Vilcashuamán.

La institucionalización se definió como el proceso mediante el cual se logra legitimar y formalizar las PSS del modelo de atención, así como asegurar su permanencia en el tiempo (15,16). Las categorías analizadas fueron: roles de los actores involucrados, habituación, apropiación, formalización y permanencia de las PSS del modelo de atención (Tabla 1).

**Tabla 1.** Dimensiones y categorías para el análisis de la institucionalización del modelo de atención a comunidades dispersas. Ayacucho, Perú 2008.

<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías de análisis</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Roles de los actores involucrados en el modelo</b>	Rol de Dirección Regional de Salud	Actividades que asumió el personal de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho ubicados en el nivel regional, provincial, en la red y unidades de primer nivel de atención en la implementación del modelo.
	Rol de la comunidad	Actividades que asumió la comunidad representada por los CODECOS y el SCS en la implementación del modelo.
	Rol del municipio	Actividades que asumieron las municipalidades en la implementación del modelo.
<b>Procesos orientados hacia la Institucionalización</b>	Habitación de PSS	PSS del modelo de atención a poblaciones dispersas inducidas por el PACD que lograron ser parte de las actividades rutinarias en los servicios de salud, comunidades y municipalidades.
	Apropiación de la PSS	PSS del modelo de atención a poblaciones dispersas inducidas por el PACD que los actores involucrados han adaptado o modificado total o parcialmente para desarrollarlas a nivel local.
	Formalización de la PSS	PSS del modelo de atención a poblaciones dispersas inducidas por el PACD que lograron reglamentos y normas en los servicios de salud, gobierno local o provincial para su ejecución en el ámbito de la Red Centro.
	Permanencia de las PSS	PSS del modelo de atención a poblaciones dispersas inducidas por el PACD que continuaron ejecutándose de manera eficiente en 2007.

Para identificar las PSS del modelo inducidas por el PACD se realizó un taller en el que participaron profesionales de salud con experiencia en la implementación de programas y proyectos para comunidades dispersas.

Como técnicas de recolección de información se utilizaron la observación directa y entrevistas tanto en profundidad como semiestructuradas. La observación directa se realizó en municipios, unidades de gestión de redes, establecimientos de salud y comunidades a lo

largo de un mes con la finalidad de observar la ejecución de las PSS. La información recolectada se registró en un diario de campo. Las entrevistas en profundidad se aplicaron a informantes clave de los diferentes niveles de la DIRESA (regional, provincial, redes y unidades de salud). Las entrevistas semi-estructuradas se aplicaron a actores de instituciones diferentes a la DIRESA (Tabla 2). Ambos tipos de entrevistas exploraron el rol de los actores en el proceso de implementación del modelo, así como la habitación, formalización y permanencia de las PSS.

**Tabla 2.** Número y perfil de entrevistados para el análisis de la institucionalización. Perú 2008.

Tipo de Informante Clave	Tipo de Entrevista	No de Entrevistas	Perfil de los entrevistados
Funcionarios de Dirección Regional de Salud ✓ Director Regional de Salud ✓ Funcionarios de la DIRESA ✓ Funcionarios de la Red Centro	En profundidad En profundidad Semi-estructurada	01 03 05	Médicos o enfermeras, entre 25 y 54 años la mayoría con formación básica en salud pública o gestión de servicios.
Personal de Salud ✓ Jefes de Establecimientos de Salud ✓ Personal de Salud ✓ Personal del Programa de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas	Semi-estructurada Semi-estructurada En profundidad Semi-estructurada	01 01 03 04	Profesionales de salud, mayoritariamente médicos, entre 22 y 46 años, formados fuera de la región con escasa o ninguna formación en salud pública y fuerte motivación para el trabajo.
Funcionarios Municipales ✓ Alcaldes ✓ Funcionarios municipales	En profundidad Semi-estructurada	04 04	Ciudadanos, predominantemente del sexo masculino, entre 35 y 60 años, procedentes de zonas urbanas, algunos de ellos con educación superior y buen conocimiento de la situación social de su municipio e interés por superar los problemas de salud del ámbito.
Representantes de comunidades ✓ Presidentes de CODECOS ✓ Promotores de Salud	Semi-estructurada	03 04	Ciudadanos, predominantemente del sexo masculino, entre 30 y 58 años, bajo nivel educativo pero con gran reconocimiento de sus comunidades.
Personal del PACD ✓ Directivos del PACD ✓ Equipo de Gestión del PACD	En profundidad En profundidad	02 03	Profesionales de salud y ciencias sociales, con igual proporción de varones y mujeres, entre 25 y 58 años, con formación en salud pública, experiencia en la ejecución de proyectos en población rural y andina, capacidad de trabajo en equipo.
Total de Entrevistados		38	

Las entrevistas fueron aplicadas por profesionales capacitados para tal fin; se grabaron previo consentimiento del informante y fueron transcritas usando procesador de texto. Se organizaron tablas de textos según categorías de análisis y en cada categoría se buscaron similitudes, diferencias y textos emergentes no previstos relevantes para la investigación.

Se elaboró un informe preliminar que se compartió con los informantes clave, quienes aportaron comentarios y sugerencias para garantizar la objetividad de la información sobre la institucionalización de las PSS del modelo.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Prácticas sociales en salud del modelo inducidas por el PACD

Las PSS del modelo de atención a poblaciones dispersas que el grupo de expertos identificó como prácticas introducidas por el PACD abarcaron los componentes de gestión y prestación de salud individual y colectiva.

**3.1.1 Gestión:** Destacó el fortalecimiento de la inteligencia sanitaria a través de la organización de Unidades Locales de Análisis Epidemiológico. Estas unidades analizaron, difundieron e impulsaron la toma de decisiones locales con el uso de información local. Se desarrollaron procesos participativos de planificación y evaluación del desempeño de servicios de salud. En calidad, se organizaron comités de vigilancia social para vigilar la calidad de la prestación de servicios. En el campo del desarrollo de recursos humanos se organizaron y capacitaron equipos multidisciplinarios en salud pública y metodología e instrumentos para la gestión y el trabajo extramural.

**3.1.2 Salud individual:** Como parte de la atención integral se organizaron consultorios por ciclos de vida y se implementó la atención con la ficha familiar. Se fortaleció el sistema de referencia y contra referencia entre la comunidad y los servicios de salud y se creó la unidad de referencia en el Hospital Regional de Ayacucho para recibir las referencias de las unidades de primer nivel de atención.

**3.1.3 Salud colectiva:** Se desarrolló fundamentalmente la promoción de salud y el trabajo extramural. Se desarrollaron acciones para el trabajo en comunidad, la evaluación y acreditación de entornos saludables en los escenarios familiar, comunal y municipal. Como parte de esta estrategia se organizaron Comités de Desarrollo Comunal (CODECO) y el Sistema Comunal de Salud (SCS), el cual fue concebido como el conjunto de actores y prácticas socio-sanitarias que forjan las comunidades con la finalidad de atender sus necesidades y problemas de salud y que incluye a las parteras tradicionales y los promotores de salud.

#### 3.2 Análisis de la institucionalización de PSS del modelo de atención

**3.2.1 Actores involucrados y roles asumidos en la implementación del modelo.** Actores de la Dirección

Regional de Salud Ayacucho en sus diferentes niveles, el equipo del PACD, así como los municipios y comunidades en su ámbito de intervención se involucraron en la implementación del modelo (Figura 2).

**Figura 2.** Espacios de acción de los actores involucrados en la implementación del modelo de atención a poblaciones dispersas en la Región Ayacucho. Perú 2007



**3.2.2 Actores del nivel Regional de Salud:** La Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA-Ayacucho) y la Gerencia de la Red de Salud del Centro asumieron el liderazgo de la implementación del modelo, mientras que el personal de las unidades de salud de primer nivel de atención asumió la implementación de las PSS del modelo. El equipo del PACD asumió un rol articulador de actores e inductor de las PSS del modelo en las unidades de salud. Estos actores pasaron de una relación burocrática y poco dialogante a una en la que se establecieron mecanismos adecuados de coordinación para impulsar las PSS del modelo.

*“La DIRESA con el equipo del PACD nos invitaron a reuniones para capacitarnos sobre las acciones que debíamos implementar en nuestras unidades. El PACD apoyó para integrarnos las redes y la DIRESA, esto es básico si no muchas cosas quedan en el aire.” [TMAA P°1].*

3.2.3 *Comunidades*: Se involucraron 372 comunidades representadas por sus CODECOS y SCS; los mismos que fueron capacitados en temas de salud y desarrollo comunitario. Estos actores tuvieron la misión de organizar y capacitar a la comunidad para elaborar el diagnóstico, el plan y los proyectos comunitarios y su negociación con los actores locales.

3.2.4 *Municipios*: Se involucraron 26 municipios cuya función principal fue organizar Mesas de Concertación Local para impulsar la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. Para ello, algunos crearon las unidades orgánicas de promoción del desarrollo comunitario que apoyaron la creación de CODECOS, la elaboración de planes comunales, y la negociación y ejecución de proyectos comunales. También evaluaron un paquete de indicadores en los diversos escenarios para acreditarlos como saludables.

*“Las comunidades negociaron mediante “ferias de negociación” los proyectos comunales que elaboraron con apoyo del personal de salud. Las Mesas de Concertación fueron espacios claves para impulsar una negociación eficaz entre la comunidad y las instituciones” [TMAAP°7]*

*“El sector educación y salud fueron (sic) los más interesados en concertar una vez que se terminó el proyecto. Estamos percibiendo aislamiento de otros sectores por intereses políticos y personales.” [TMAAP°6]*

### 3.3 Análisis de los procesos orientados a la institucionalización

3.3.1 *Habitación a las PSS*: Dentro del componente de gestión, las prácticas que se logró integrar a la rutina en la Red Centro y en las unidades de atención fueron la planificación operativa anual, el monitoreo y la evaluación del desempeño de las unidades de salud del primer nivel de atención. Estas PSS fueron reconocidas por los actores locales como instrumentos indispensables para la mejora de la gestión. En el subcomponente salud colectiva son relevantes la formación de CODECOS y los avances en diagnósticos comunitarios “Llacktanchik”, en planes comunales y en la elaboración y negociación de proyectos con gobiernos e instituciones locales. En el 75% de CODECOS

participó al menos una mujer en la junta directiva asumiendo el rol de tesorera. La metodología del trabajo extramural logró volverse habitual en las unidades de primer nivel y replicarse en otros ámbitos de la Región. Todos los informantes reconocieron que la capacitación al personal de salud y las comunidades fue el aspecto clave de este resultado.

*“La metodología del trabajo en comunidad se implementó en casi todas las unidades de primer nivel. Se ha expandido y utilizado en otras zonas de la Región y del país, aunque siempre con modificaciones.” [EPr N°1]*

*“Entre los elementos que favorecieron el trabajo en la comunidad (el más importante) fue el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para el trabajo en comunidad.” [TMAAP°2].*

3.3.2 *Apropiación de las PSS*: Funcionarios de la DIRESA que al inicio de la implementación de las PSS del modelo se mostraron poco proclives a participar, luego de cierto periodo de movilización de comunidades e instituciones fueron involucrándose de manera progresiva hasta convertirse en los principales difusores y defensores del Modelo de Atención a Poblaciones Dispersas de Ayacucho (17). Actualmente, el modelo se presenta como una propuesta de orgullo regional que ha servido como referencia para el trabajo en comunidades rurales en otras zonas del país. En el componente de gestión, se reconoció que hubo apropiación de la planificación operativa en los diferentes niveles de la Red Centro, mientras que en las unidades de primer nivel de atención pudimos constatar la apropiación del monitoreo y la evaluación del desempeño. En relación con la salud individual, el personal se apropió la organización de los consultorios por ciclo de vida. Sin embargo, a pesar de ser una de las estrategias de atención integral más importantes, la ficha familiar no logró que ninguna instancia se la apropiara debido a la complejidad que representa mantenerla actualizada. Entre las PSS relacionadas con la salud colectiva, las comunidades se apropiaron del diagnóstico comunitario, los planes comunales y de la elaboración y negociación de los proyectos comunales. Los trabajadores del primer nivel de atención se apropiaron de la metodología de trabajo extramuros. En cambio, no se logró el mismo resultado en lo que toca a las prácticas de promoción de la salud que impulsaron los entornos saludables.

**3.3.3 Formalización de las PSS:** El PACD apoyó la elaboración de normas técnicas y la estandarización de procedimientos del modelo, pero se observaron escasos resultados en términos de institucionalización. Sin embargo el MINSA del nivel nacional retomó la experiencia de la Región Ayacucho y actualmente impulsa la elaboración de planes locales de salud y las actividades extramuros en unidades de salud con alta dispersión poblacional. La mayoría de los informantes consideró que los procesos regulación y formalización del modelo fueron insuficientes:

*“...aquellas prácticas sanitarias que han sido identificadas en una serie de eventos de talleres, se buscaron (sic) extenderlas, institucionalizarlas y muchas de ellas... ya incluso el Ministerio de Salud las ha tomado a nivel nacional.”*[ESE N°6]

**3.3.4 Permanencia de las PSS:** Cinco años después de la culminación del PACD, la permanencia de las PSS del modelo fue bastante heterogénea. En la gestión se observó permanencia de planes locales de salud y evaluación del desempeño en el nivel regional, provincial, red y unidades de salud. En salud colectiva, las PSS que se mantienen son aquellas dirigidas a fortalecer el trabajo de los CODECOS, como sucedió con el diagnóstico comunal, el plan y la elaboración de proyectos. La PSS dirigidas a fortalecer los SCS lograron escasa permanencia y se desarrollan de manera irregular.

#### **4. DISCUSIÓN**

El PACD impulsó acertadamente PSS articuladas en un modelo de atención que se ajustó a un escenario rural andino y disperso. Sin duda, la capacidad innovadora de los actores involucrados fue un aspecto central en la implementación del modelo a fin de responder a las características de dispersión de la población. Este modelo de atención tiene importantes similitudes con el implementado en unidades de primer nivel de atención para incrementar la cobertura de atención en población rural en Guatemala (18). En ambas experiencias se desarrolló metodología para el trabajo extramural (19,20), el impulso a la participación comunitaria y el desarrollo de competencias del personal de salud.

Otro acierto en la implementación del modelo fue

involucrar a los principales actores vinculados con la salud más allá del sector salud, como las comunidades representadas por los CODECOS y las alcaldías provinciales y distritales que impulsaron espacios de concertación para responder a las necesidades y demandas de la población. Esta estrategia participativa permitió que los actores se apropiaran de las PSS del modelo que encontraron más útiles para responder a su contexto: la planificación operativa anual, el monitoreo, la evaluación y el trabajo extramural. También es importante destacar el involucramiento de los CODECOS y el establecimiento de nuevos mecanismos de interrelación como la negociación entre comunidad e instituciones; una estrategia que puede hacer importantes aportes para abordar la exclusión sanitaria y social de comunidades indígenas (21) en aras de alcanzar la universalización (22,23) de la atención de salud. El análisis de la institucionalización de este modelo es un aporte importante (24,25), particularmente en un contexto internacional en el que se busca fortalecer y renovar la atención primaria a la salud (26), pero en el que la literatura reporta básicamente sistematizaciones y análisis de experiencias y de su implementación.

#### **Limitaciones del estudio**

Como sucede con todo estudio cualitativo, las conclusiones presentadas no pretenden ser generalizables hacia otros contextos. Aunque como sucede en el análisis de políticas, lo que sí es generalizable es la base teórica junto con la metodología de análisis (27).

#### **5. CONCLUSIONES**

La estrategia participativa de los actores locales, incluida la comunidad, constituyó el motor que dinamizó la implementación del modelo. El trabajo extramuros, la planificación operativa anual, el monitoreo y la evaluación del desempeño alcanzaron un importante grado de institucionalización. El modelo de atención a poblaciones dispersas implementado en el primer nivel de atención, así como el análisis de la institucionalización de sus PSS, constituyen un aporte relevante en un contexto que busca renovar la atención primaria, fortalecer el primer nivel de atención y alcanzar la cobertura universal de salud.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Matus C. Políticas, planificación y gobierno. Segundo Borrador OPS/ILPES, 1987. Washington, p.138.
- (2) Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación Científica y Técnica No 589. 2002. 400 p. Pág. 51.
- (3) Castro P, Chapman R, Gili S, Lull V, Micó R, Rihuete C, et al. Teoría de las prácticas sociales. *Complutum Extra* 1996; 6(II):35-48.
- (4) Eslava J. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Rev salud pública* 2002; 4(1):1-12.
- (5) Padrón J, Ibacache J, Leighton A. Estructuras, sistemas y modelos (reflexiones sobre una base lógica en investigación educativa) En: *Papeles de Trabajo del Postgrado USR*. Bogotá, 1988. p.180.
- (6) Burgos J, Naranjo A. Salud Colectiva: Un modelo de atención de salud contextualizado. Departamento provincial de salud de Chile, 2005. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf> [Consulta 18/05/2016]
- (7) Forste A, Newton M, McLachlan H, Willis K. Exploring implementation and sustainability of models of care: can theory help? *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 5):S8. Revisado [24-06-2013]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S8> [Consulta 18/05/2016]
- (8) Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra 2000. 248 p.
- (9) Lazo O, Nino A. Innovando modelos de atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca. Universidad Peruana Cayetano Heredia - Proyecto APRISABAC, Cajamarca; 2000. 230 p.
- (10) Organización Mundial de la Salud / Alianza para la Investigación en políticas y sistemas de salud. El pensamiento sistémico y su aplicación en los sistemas de salud: dificultades y oportunidades en entornos Reales. En aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud Paginas 77-90. Don de Savigny y Taghreed Adam (Eds.). 2009. 112 p. Disponible en: <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html> [Consulta 18/05/2016]
- (11) Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1995, p.122 .
- (12) Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Ayacucho y Embajada Real de los Países Bajos. Plan Operativo 2001: Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas 2001. Documento de trabajo. p.123.
- (13) Nino-Guerrero A, Rosas-Mancilla D. El enfoque estratégico para intervenir en las comunidades dispersas de Ayacucho. *Ayacucho*, 2002, p.75.
- (14) Kingman E. Patrimonio, políticas de la memoria e institucionalización de la cultura. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales* 2004 (26-34). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50902003>. [Consulta 18/05/2016]
- (15) Incháustegui Romero T. La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas. *Apuntes en torno a sus alcances y restricciones. La ventana* 1999; 10. Revisado [04-09-2013] Disponible en: [http://www.catedradh.unesco.unam.mx/generoyequidad/documentos/biblioteca/participacion\\_politica/07.pdf](http://www.catedradh.unesco.unam.mx/generoyequidad/documentos/biblioteca/participacion_politica/07.pdf) [Consulta 18/05/2016]
- (16) Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Modelo de Atención en Salud, Ayacucho, 2004. Informe ejecutivo. p.155.
- (17) Fort M, Grembowski D, Verdugo J, et al. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30(3):217-24.
- (18) Svitone E, Garfield R, Vasconcelos M, et al. Primary health care lessons for the northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(5):293-301.
- (19) Vargas González W. Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social: Caja Costarricense de Seguro Social; 2006.

- (20) Wendhausen A. Relaciones de poder y democracia em los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(6):697-704.
- (21) Vega R, Román R, Carrillo J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia: el caso Salud a su Hogar en Bogotá. *Rev gerenc políticas salud* 2006; 5(11):38-54.
- (22) Silva M. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2009; 26(2):251-57.
- (23) Zhaokang Y, Yuxi L, Yong L, Yunchang X, Yuanjun G, Harris M. A model for community health service development in depressed rural areas in China *BMC Health Services Research* 2012, 12:465. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/465> [Consulta 08/12/2015]
- (24) Duarte M, Ortega M, Mora L, Coromoto N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30(3):272-8.
- (25) Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Sep 13]; 21( 2-3 ): 65-68. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200001&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200001&lng=en).
- (26) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. [internet] Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Revisado [12-05-2013]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
- (27) Gilson L. Introduction to Health Policy and Systems Research: A methodology reader. WHO : 2012, pág. 23-36.