

# Cuidado humanizado como Política Pública. El caso peruano

## *Humanized care as a Public Policy. The peruvian case* *Cuidado humanizado como Política Pública. Caso peruano*

Fredy Hernán Polo Campos<sup>1</sup>  
Regina Célia Gollner Zeitoune<sup>2</sup>  
Henry Alfonso Rebaza Iparraguirre<sup>3</sup>  
Rosa María Pretell Aguilar<sup>4</sup>  
Ana Ines Souza<sup>2</sup>

1. Universidad Nacional de Trujillo.  
La Libertad Region, Trujillo, Peru.
2. Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Superintendente de SUSALUD de la  
Región Macro-Norte, Gobierno Peruano.  
La Libertad Region, Trujillo, Peru.
4. Oficina de Promoción de la Salud,  
Ministerio de la Salud de Peru. Lima, Peru.

### RESUMEN

Es una experiencia de transferencia de conocimientos que posibilitó fortalecer el proceso de implementación de una política pública de cuidado humanizado en la Región La Libertad-Perú en el periodo 2007-2014 cuyo objetivo radica en redimensionar las relaciones de poder entre Estado y Sociedad Civil respecto al cuidado de la vida y la libertad, conceptos que dan sentido y fines a una política socio-sanitaria. La experiencia se basó en desarrollar e implementar un modelo de cuidado, iniciando por cuestionar el actual modelo de atención con visas a proponer un modelo orientado a preservar la salud y desarrollo de ciudadanía. Para ello se implementaron procesos de modelamiento de la prestación socio-sanitaria, se modificaron estructuras y se re-inventaron los procesos de gestión sanitaria. Sin duda esta experiencia requiere ser evaluada, fortalecida y mejorar, siendo necesario determinar su efectividad, eficacia y valorar el impacto en la salud y en el desarrollo de la población liberteña para garantizar sostenibilidad e inversión por parte de la clase técnico-política.

**Palabras clave:** Humanización de la atención; Crecimiento y Desarrollo; Políticas Públicas de Salud.

### ABSTRACT

An experience of knowledge exchange strengthened the implementation process of public policy for humanized care in the region of La Libertad, Peru, between 2007 and 2014. The aim of this intervention was to remodel power relationships between state and civil society as they relate to caring for life and freedom. These concepts that give meaning and purpose to a social and health policy. The experience consisted in developing and implementing a care model, beginning with the questioning of the current healthcare model in order to propose a model oriented towards health preservation and the development of citizenship. To this end, modeling processes of social and health care were implemented, structures were modified and healthcare management processes were re-invented. This experience must be further assessed, strengthened and improved, and its efficacy and efficiency must be determined and its impact on this population's health and development of the region must be evaluated to ensure sustainability and investment from the technical and political class.

**Keywords:** Humanization of Assistance; Growth and development; Public Health Policy.

### RESUMO

É uma experiência de transferência de conhecimento que possibilitou fortalecer o processo de implementação de uma política pública de cuidado humanizado na região de La Libertad no período 2007-2014, cujo objetivo é redimensionar as relações de poder entre Estado e sociedade civil em relação ao cuidado da vida e da liberdade, conceitos que dão significado e propósito para uma política sócio- sanitária. A experiência foi baseada no desenvolvimento de uma massa crítica de pessoal de saúde, a fim de desafiar o atual modelo de cuidados com vistas a propor um modelo de cuidado humanizado destinada a preservar a saúde e desenvolver a cidadania. Para os processos de modelagem de prestação social e de saúde desenvolvido, as estruturas foram modificadas e os processos de gestão de saúde reinventado. Sem dúvida, esta experiência precisa ser avaliada, reforçada e melhorada, precisando determinar sua eficácia, eficiência e avaliar o impacto sobre a saúde e o desenvolvimento da população liberteña para garantir a sustentabilidade e investimento por parte da classe política e técnica.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência; Desenvolvimento; Política Pública de Saúde.

**Autor correspondente:**  
Fredy Hernán Polo Campos.  
E-mail: epifam@gmail.com

Enviada 01/09/2016.  
Aceptado el 08/03/2017.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170029

## INTRODUCCIÓN

El informe tiene como objetivo dar a conocer la experiencia de aplicación de una política de salud centrado en el cuidado humanizado. Como responsables de la política socio-sanitaria y en concordancia con el proceso de descentralización que vivencia el Perú, asiste a los Gobiernos Regionales conducir la política sanitaria en su ámbito en el marco de los lineamientos nacionales. En la Región La Libertad, ubicada en el norte Peruano, desde el 2007, iniciamos un proceso participativo de implementación de una política de Cuidado Humanizado con visas a garantizar salud y autonomía base para el bienestar social desde la acumulación del capital social por procesos previos.

Planteada la necesidad de una política social, se desarrolla etapas previas caracterizadas por procesos de sensibilización, socialización y apropiación de conceptos y prácticas sanitarias para desarrollar una masa crítica que cuestione el actual modelo y proponga un nuevo. El proceso de sensibilización estuvo caracterizado por el *advocacy* con los principales líderes políticos decisores que sirvió de marco para la aprobación de la política socio-sanitaria mediante Ordenanza Regional. Similar trabajo se realizó con líderes de gobiernos municipales generando reflexión crítica, redes sociales organizadas que permitan facilitar procesos futuros de implementación.

En paralelo se ejecutaba un proceso de apropiación de conceptos en el personal de salud relacionados al cuidado y desarrollo humano para orientar el proceso de modelamiento de política. Se inició la revisión bibliográfica y elaboración de un marco conceptual que sustente la práctica sanitaria. Se incorporó conceptos de cuidado en la política socio-sanitaria privilegiando los enfoques críticos-dialécticos rescatando los aportes teóricos de política de una tesis doctoral.

## MODELO TEÓRICO - EPISTÉMICO DEL CUIDADO HUMANO

Para los existencialistas como Heidegger<sup>1</sup> Ser es Cuidar; la capacidad de cuidar por tanto está relacionada a cuanto y como el Ser fue cuidado. Es a través del cuidado que se logra la trascendencia de la condición humana, se percibe la existencia del "otro", además es el "otro" que da el sentido de él "yo". El cuidado es una forma de ser, tiene significado a partir del propio ser. Incluye comportamientos, actitudes, valores y principios que son vividos por personas en determinadas circunstancias, sin embargo ante todo se refiere al Ser, o como Santin refiere debería mencionar al ser humano.<sup>2</sup>

Trasladando este enfoque al modelo dialéctico de política a las relaciones que sustenta nuestra tesis de trabajo, ésta presenta una dicotomía donde el Estado por su responsabilidad social asume el rol de cuidador y la Sociedad civil asume un rol de demandante de cuidado. Una política de cuidado humanizado engloba esa relación interactiva entre sus elementos: Estado-efector de salud - cuidador y por otro lado la persona-colectivo - receptora del cuidado.

Heidegger<sup>1</sup> percibía el cuidado como una preocupación por sí mismo, por asumir el destino como un interés existencial, no intelectual; el cuidado es la esencia del ser humano y la forma de cuidar repercute en su calidad de vida y en la libertad. Por el cuidado la humanidad se perpetúa, en consecuencia él debe cuidar de sí mismo y de sus semejantes. Estos conceptos generaron una profunda reflexión en la medida que el modelo de prestación peruano y latinoamericanos se privilegia la asistencia, la atención a tal punto que su objeto-sujeto es el "paciente".

El análisis reflexivo de las concepciones teóricas permitió establecer diferencias entre: modelo de atención integral (lineamiento de política del sector salud en el Perú) y la propuesta de modelo de cuidado regional que promueve bien-estar, genera participación y responsabilidad social para su sostenibilidad. Las discusiones teóricas conllevaron a establecer características del cuidado auténtico<sup>3</sup> definido como el proceso que permite el desarrollo de competencias del "Ser" para cuidar de "Sí"; lo opuesto es hacer por el otro lo que podría hacer por "Sí mismo".

Una característica del cuidado de la salud y la autonomía es la conectividad,<sup>4</sup> definida como "capacidad de conectarse o hacer conexiones", en efecto el cuidado auténtico requiere que los elementos que interactúan en el proceso de cuidar establezcan estructuras simbólicas estandarizadas, canales de comunicación adecuados, lenguaje claro y preciso a fin de facilitar el proceso intercambio de intereses entre sus elementos que intervienen. En el modelo de atención no siempre acontece, más en el modelo de cuidado es una condición ineludible.

La receptividad es otra característica del cuidado; la experiencia revela que mientras los usuarios de los servicios demandan atenciones puntuales (motivo de consulta), el personal de salud se preocupa por proporcionar cuidado, esta diferencia de intereses es determinante en el logro de resultados y objetivos sanitarios. El cuidado es auténtico cuando el sujeto-objeto a cuidar no solo demanda sino que desarrolla la capacidad de recibir y de valorar el cuidado como necesario.

El cuidado humano es significativo y trascendente tanto para la persona que cuida como para quien es cuidada. Por tanto la reciprocidad es condición que caracteriza el cuidar y es definida como un proceso de correspondencia e intercambio mutuo, va y viene, ya sea entre individuos o entre cosas.<sup>4</sup> El modelo de atención de salud no siempre hay reciprocidad dado que la asistencia se da en situaciones de inequidades.

Tejada<sup>5</sup> en un artículo difundido por la OPS intenta hacer alguna distinción entre cuidado y atención. La "atención" supone una relación vertical y asimétrica entre uno que activamente ofrece algo y otro que pasivamente lo recibe; el que atiende lo sabe todo y el atendido no sólo no sabe sino que no debe saberlo, de allí venga el uso del término "paciente". "Cuidar" supone una relación horizontal y simétrica donde todos saben o deben saber algo, y, todos tienen responsabilidades y deberes.

El proceso de cuidar es considerado de tipo transformador, el ser cuidado y el ser que cuida crecen y se transforman. El primero presenta una actitud más positiva y serena frente a su experiencia con la enfermedad, con la carencia, con la incapacidad

e inclusive la muerte, fruto de una tranquila y amistosa relación de confianza entre sus cuidadores; el cuidador, experimenta satisfacción, sensación del deber cumplido, de realización, mejora la autoestima, da seguridad y confianza, así como placer y bienestar.<sup>6</sup> La experiencia adquirida en cada vivencia y en cada encuentro cualifica el relacionamiento, aumenta la sensibilidad y conocimiento del profesional.<sup>7</sup> La historia de vida y las experiencias de vida ayudan a conocer mejor a las personas y así mismo.<sup>6</sup>

Bajo esta premisa el proceso de cuidar genera posibilidades de transformación, tornándolo autosuficiente, responsable de su vida, de su libertad; dotarle de competencias para satisfacer sus necesidades; auto-determinado de elegir sus propios valores e ideas sobre la base de su experiencia y conocimiento; tornarlo autocritico, honesto consigo mismo consiente de su rol y orden social y natural del cual es parte.<sup>8</sup>

Si partimos del postulado de que el cuidado es un fenómeno de nuestra conciencia, se manifiesta en nuestra experiencia y modula nuestra práctica, entonces el cuidado es aprendido y puede ser desarrollado. Se trata de pensar y hablar a partir de cómo el cuidado es vivido y estructurado en la sociedad y en nosotros mismos. El cuidar como proceso interactivo solo se establece en la relación con el otro. El modo de ser cuidado involucra una relación no solo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. Esta relación se caracteriza por ser una relación aprendida tornándose profesional en la medida que es sistematizada, protocolizada, conducida y ejercida, basado en criterios éticos de actuación.<sup>9,10</sup>

Ser es cuidar, en consecuencia todo los seres humanos cuidamos de alguna manera a lo largo de nuestra existencia, cuidamos de sí, de la familia, de los colectivos que tiene significado para mí, por tanto existe un cuidado empírico, natural que se transmite de generación en generación, y un cuidado ético científico<sup>11</sup> aprendido y estructurado sobre la base de modelos teóricos, metodológicos e instrumentales propios de su categoría profesional, la misma que se operacionaliza y re-inventa sobre su experiencia con el ser es cuidado.

## MODELAMIENTO DEL CUIDADO HUMANO - O CASO PERUANO

### Principios del cuidado

Los Principios de la Política Regional de Salud en el 2008 fueron:

- La salud, definido como un recurso para preservar la vida y la libertad.<sup>12</sup> Tener bienestar requiere satisfacer necesidades y el cuidado es parte de ello.
- La salud es un producto social; no solo es considerada como derecho básico, sino también como un deber y responsabilidad ciudadana.
- Población enferma es también la que tiene limitado acceso a servicios básicos; aquella que tiene una visión distorsionada de sus derechos, escasa participación y exclusión;<sup>13</sup> por lo que es imperativo abordar los determinantes sociales.

- Modificar las estructuras sociales a través del cuidado de la salud y la autonomía, permite salir del círculo vicioso, pobreza-enfermedad.
- Desarrollo humano sostenible permite generar competencias personales e institucionales a fin de garantizar bienestar y vida digna.

El cuidado de la salud y la autonomía, constituye una poderosa herramienta para alcanzar el desarrollo social y económico. En ese contexto, la Política Regional busca generar cambios estructurales desarrollando competencias en los ciudadanos-colectivos; mejorando el acceso y cobertura a prácticas de cuidado. Para ello es fundamental fortalecer el rol de los gobiernos regionales y municipales para que inviertan en modelos que reconozca la participación de individuo, familia y comunidad como constructores de capital social.

### Estrategias de implementación de la política

Mejorar el acceso al cuidado de la salud es uno de los principales fines de la política regional para generar desarrollo, en consecuencia, se requiere revalorar modelos socio-sanitarios, "desde ellos mismos, con ellos y para ellos," a través de un proceso participativo y multiplicador, que asuma y sume compromisos políticos explícitos transectoriales.<sup>14</sup>

Esta estrategia involucra la intervención de los diferentes entornos donde el individuo interactúa, incorpora distintas dimensiones que pueden ser físicas, ambientales, sociales, culturales, institucionales.<sup>15</sup> Aproximarnos a su cotidianidad permitió conocer la realidad de las familias, de las instituciones educativas, de centros laborales, de universidades y comunidades. Acompañar su desarrollo sobre la base de sus potencialidades y restricciones implica establecer una línea basal e idear una visión de futuro en un horizonte de tiempo; esta situación es útil en la medida que permita definir metas y objetivos socio-sanitarios que atiendan la legítima aspiración de un futuro con desarrollo. Constituye un enorme desafío la planificación participativa, donde el Estado y la Sociedad civil se da cita, analiza su realidad, unifica su visión de futuro, canaliza recursos, identifica actores y determina roles y consenso después de procesos hegemónicos y contra-hegemónicos.<sup>16</sup>

La política estableció prioridades de intervención por perfil epidemiológico, 2007 siendo estas: muertes materna e infantil, salud y nutrición, control de enfermedades transmisibles, de las no transmisibles como neoplasias. Otras prioridades se determinaron por encuesta aplicada a la población en el 2005 siendo: diarrea y neumonía infantil; embarazo en adolescentes; violencia intrafamiliar; y problemas sociales como delincuencia y pandillaje.<sup>17</sup>

Generar competencia requiere fortalecer el proceso educativo como base de desarrollo. La estrategia "salud es educación y educación es salud" buscó recolocar en escena la problemática de la educación como eje de desarrollo humano. La educación forma personas capaces de asumir y exigir la salud como un derecho y el auto cuidado como un deber. La política de cuidado

genero espacios de discusión en sectores como educación, donde empezaron a discutir el modelo pedagógico conductual y reflexionar sobre la necesidad de un nuevo modelo que garantice desarrollo de competencias individuales y colectivas, ejercicio de ciudadanía, participación activa, lo que Freire<sup>18</sup> denominaba un modelo pedagógico de educación como práctica libertadora.

Gestionar el cuidado de la salud y la autonomía requiere una "nueva cultura de trabajo institucional" a fin de garantizar éxito. Se institucionalizó el trabajo con metas claras, indiferencia cero y trabajo por resultados.<sup>17</sup> El compromiso pasa por definir indicadores positivos ligadas al desarrollo contrarios a los negativos o institucionales orientados a mesurar la eficiencia del Estado consolidando una cultura sanitaria recuperativa y rehabilitadora en desmedro de la preventivo promocional.

### **Ejes de Intervención**

La Política Regional, basó su implementación en 5 ejes, orientados a instaurar procesos de cambio acordes a necesidades, estos son: en el frente externo necesitamos desarrollar autonomía, gestionando el territorio a través de descentralización y movilización social; y la evaluación participativa de servicios socio-sanitarios. En el frente interno gestión del cuidado integral, de calidad y universal.

El actual proceso de descentralización y movilización social en el Perú, otorga responsabilidad a los gobiernos locales como gestores de la Atención Primaria de Salud, creando un marco favorable para el desarrollo del modelo, por cuanto, ésta permite redimensionar las relaciones Estado-Sociedad acercando las instituciones al pueblo para abordar los factores restrictores que generan subdesarrollo y pobreza.<sup>14,17</sup>

La Estrategia gestión del territorio definida como un proceso de planificación local que tiene como unidad de gestión al distrito socio-sanitario es clave para desarrollar autonomía a través de las agendas y pactos territoriales como instrumentos de gestión participativa.<sup>17</sup> Estos espacios hacen efectivo el eje de Concertación y Movilización Social, entendida como el trabajo coordinado de instituciones, sectores y organizaciones presentes en el territorio (público-privado-sociedad civil), que a través de negociaciones colectivas acuerdan priorizar y planificar la intervención para modificar estructuras sociales garantizando bienestar y calidad de vida de la población.

El eje de Evaluación Participativa, tuvo como objetivo organizar el rol de la población en la identificación de necesidades, expectativas de modos y condiciones de entrega de servicios, así como identificar mejoras que requieren los servicios socio-sanitarios. La estrategia "avales liberteños" fue de vital importancia para dinamizar la evaluación de la calidad del servicio desde la perspectiva de la comunidad, contribuyendo a generar transparencia y calidad de los servicios.

En el frente interno gestionar el cuidado implicó revisar marcos conceptuales que guíen la política; organizar la red socio-sanitaria; desarrollo de técnicas e instrumentos que permitiesen hacer tangible el cuidado de la salud. Iniciamos nuestro desafío reflexionando críticamente sobre el modelo actual y la

oportunidad de humanizar los servicios; la legitimidad del conocimiento y el liderazgo que nos asiste, fue clave para lograr unificar fuerzas en una visión de trabajo.

Nuestro modelo de cuidado preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitador tiene tres atributos importantes: integralidad, calidad y universalidad.<sup>9</sup> Es "integral" en la medida que su núcleo de actuación son las necesidades básicas para el bienestar. Está determinada por convicciones, valores y necesidades existentes en la estructura social, la cultura y en la organización, es decir, tiene que ver con el pensar, el sentir, el hacer de las personas/colectivos; en suma tiene que ver con lo que somos.

El cuidado integral es objetivo cuando hace referencia a la ciencia que define técnicas y procedimientos a seguir; y subjetivo al tener sensibilidad, creatividad y arte al momento de la prestación. Para el modelo es un adjetivo que significa globalidad, totalidad, considera aspectos físico, biológico, espiritual y social, en constante interacción familiar, comunal y con el cosmos. Conlleva tener una visión integral del ser humano-colectivo en su singularidad y complementariedad; éste hecho amerita organizar los servicios públicos para una coordinada y adecuada participación, requiriendo fortalecer el trabajo interdisciplinario y transectorial según necesidad.<sup>12</sup>

La "calidad" constituye uno de los atributos importantes del cuidado humano, en Perú fue definido como principio de la política de salud y considerado como derecho ciudadano. La calidad es concebida como una dimensión de vida por tanto, condición fundamental del desarrollo y de derecho inalienable de las personas por crecer con dignidad y realización individual-colectiva. Los usuarios de los servicios de salud al ser portadores de estas aspiraciones demandan una prestación que permita alcanzar vida digna y plena. Pero también, trabajadores de salud aspiran a estas condiciones y esperan encontrar en el trabajo la realización personal cualquiera fuese la cosmovisión y posición social, cultural o económica del grupo social.<sup>17</sup>

Gestionar servicios con calidad implica fortalecer procesos de cuidado, allí es donde se manifiestan la unida indisolublemente de las dimensiones técnicas, interpersonales y ambientales de la calidad. Se expresa en desempeño eficaz, ético y humano de los proveedores; adecuado diseño de procesos; dotación de tecnología y recursos necesarios para ofertar cuidado de calidad. Un servicio proporciona cuidado con calidad, cuando gestiona con eficiencia procesos de la cadena productiva, no puede haber calidad parcial o ineficiencia, el cuidado de calidad es total; implica proporcionar servicios orientado a satisfacer el motivo de consulta, así como la satisfacción de sus necesidades. Cuidar con calidad requiere que el servicio sea cálido como condición elemental de ser humano.<sup>11</sup>

El cuidado de la salud necesita ser universal, es condición que toda la población tenga cited a los servicios de cuidado. En Perú, los procesos de aseguramiento en salud se rigen por el principio de la equidad, orientado a la población pobre y extremo-pobre; éste ha evolucionado desde la oferta de un paquete básico hacia la cobertura de total (excepto cirugías plásticas).

Tiene como objetivo disminuir las consecuencias de pobreza, exclusión; en este contexto la política estuvo orientado a mejorar el cted a la salud a través de una cobertura universal. El proceso de afiliación fue clave, garantizando derechos, eliminando barreras económicas de cted con el lema "primero atiéndelo y si es pobre afílialo".<sup>19</sup>

### **Modelando la prestación del cuidado integral, de calidad y universal**

El modelo prestacional se basa en la oportunidad de intervención que el usuario permite según su entorno y motivo de consulta. El modelo se organizó según tipo de cuidados: promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores; incluso antropológicamente cuidamos del duelo y del tránsito hacia la muerte. Además de tipos de intervención: primaria, secundaria y terciaria, además de desarrollar competencias.

El modelo de cuidado tiene como objeto-sujeto: la persona, su colectivo y el territorio, oferta servicios según su necesidad, la misma que es contextualizada. El modelo oferta cuidados rehabilitadores orientados a la prestación de servicios a sujetos-objetos que presentan problemas causado por: insatisfacción de una necesidad, una enfermedad, un trastorno o cualquier alteración de la salud y la autonomía que requiera asistencia rehabilitadora en forma de tratamiento individualizado y/o colectivo.

El manejo de las consecuencias de una carencia, de una enfermedad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación desarrollando competencias en el desempeño de roles personales-sociales mejorando su calidad de vida. Existen cuidados rehabilitadores preventivos, restaurativos, de soporte, paliativos, que intenta limitar el impacto con tratamiento para reducir la intensidad del sufrimiento.<sup>20</sup>

Para este tipo de usuarios se implementó estrategias de prevención terciaria, tendientes a limitar o prevenir la severidad del daño; se fortaleció e integró el III nivel en un sistema de referencia regional. La oportunidad y la intensidad del uso de estos servicios dependerán su rehabilitación y discapacidad permanente. Además de aliviar la carga social familiar y el gasto en recursos por parte del Estado.

Los cuidados recuperativos definido como el proceso de restauración de la salud de un organismo desequilibrado, enfermo o dañado, generalmente es un proceso "muy personal" y supone el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida más allá de efectos negativos de la enfermedad. Se trata de un proceso continuo para recuperar aspectos de la vida cotidiana, que pueden haberse perdido a causa de la enfermedad o evento adverso.

Las prácticas de cuidado orientadas a la recuperación se centran en el bienestar y la resistencia a la enfermedad, alienta a las personas a participar en su propio proceso de autocuidado, permite que ellas mismas definan sus objetivos y tipo de tratamiento. Éste modelo de cuidado en Latinoamérica es privilegiado en las políticas públicas asignado recursos financieros, de infraestructura, equipo y personal necesario para atenderlos.

Los cuidados recuperativos centran su foco de intervención en evitar y prevenir la aparición de las complicaciones producto del proceso mórbido de la enfermedad o evento de vida; para ello se implementó estrategias de prevención secundaria siendo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno las principales herramientas para evitar complicaciones innecesarias; se fortaleció la respuesta del II nivel de atención constituyéndose en "anillos de contención" sobre todo en el control de la muerte materna, neonatal e infantil; control de daños trasmisibles y no trasmisibles, problemas mentales y sociales como violencia y pandillaje.

La Prevención es una medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una situación considerada negativa, por tanto, se hace para minimizar el riesgo.<sup>21</sup> Las estrategias de prevención primaria están dirigidas a prohibir o disminuir la exposición al riesgo, hasta niveles no dañinos para la salud. Nuestro modelo de cuidado socio-sanitario privilegia los cuidados preventivos en la medida que proporciona una oportunidad inmensurable al sistema sanitario para preservar la salud a través del control de sus causas.<sup>22,23</sup> La estrategia central del modelo fue: focalizar y priorizar la intervención, haciendo una distinción entre población de riesgo y población vulnerable. El modelo preventivo focaliza su intervención sobre todo en la población vulnerable, controlando las causas para preservar la salud.

Los cuidados promocionales son relevantes en el modelo, esta emerge como estrategia de desarrollo. Entiéndase como promoción de la salud al proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud-autonomía para mejorarla-desarrollarla, a diferencia de la prevención donde el foco es controlar y minimizar los riesgos.<sup>24</sup> Efectivarla requiere reorientar los servicios públicos tornándolos genuinamente de salud y no como son ahora para la enfermedad debido a la hegemonía del enfoque flexneriano recuperativo rehabilitador; además conlleva desarrollar estructuras y mecanismos participativos que permita a la sociedad civil empoderarse y tornarse Estado bajo el enfoque gramsciano.

El cuidado promocional tiene como foco, desarrollar competencias individuales y colectivas, empodera a la sociedad civil tornándolo auto-determinado. Para el modelo promoción de la salud es un "proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan mayor control sobre los determinantes de la salud y puedan mejorarla".<sup>24,25</sup> Este tipo de cuidados son ofertados a población sana o aparentemente sana y centra su atención en desarrollar competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales para su desarrollo.

Este es el gran reto del modelo de cuidado que requiere la participación de la comunidad organizada; no puede haber promoción sin que sociedad civil asuma un rol protagónico, y el Estado asuma su rol promotor, facilitador. Estrategias participativas en la gestión y evaluación del sistema sanitario, la planificación participativa del desarrollo mediante agendas transectoriales; y el fomento de una educación libertadora constituyen mecanismos efectivos que el modelo implementó.



La tarea hacia un modelo de cuidado humano como base de desarrollo social ya fue iniciada, (2008-2010) más requiere ser fortalecida, es un proceso de construcción permanente, sin duda conducir un cambio paradigmático e implementar una nueva cultura y práctica sanitaria requiere tiempo, sin embargo, el usuario requiere ser cuidado hoy y avizorar conjuntamente el cuidar del mañana. Por ello, el cuidado requiere de una plataforma estructural, organizativa y funcional encargada de gestionar, planificar, ejecutar y evaluar el sistema socio-sanitario.

En los años siguientes (2010-2011) iniciamos un proceso de re-estructuración del sistema sanitario a través de un proceso de reingeniería a fin de consolidar el modelo de cuidado y asegurar sus fines para el cual fue concebido. Griffin,<sup>26</sup> establece que todo modelo de cuidado requiere una estructura que la gestione, que la desarrolle; la actual estructura no permitía consolidar el modelo de cuidado, menos desarrollarlo, porque ésta obedece a un modelo de atención asistencialista flexneriano. A seguir presentamos resultados de la nueva estructura organizativa de la Gerencia de Salud.

## **ESTRUCTURA ORGÁNICA PARA EL CUIDADO HUMANIZADO**

El Consejo Regional órgano máximo de Gobierno de La Libertad aprueba la nueva estructura orgánica y su reglamento de organización y funciones de la Gerencia Regional de Salud, según Ordenanza Regional N° 004-2011-GR-LL/CR,<sup>27</sup> para alinear estratégicamente la gestión sanitaria al cumplimiento de la política regional de cuidado humano. Cuenta con órganos de asesoramiento, de soporte, y órganos ejecutivos. Se establecieron tres órganos de línea: la Sub-gerencias de cuidado integral de salud, Sub gerencia de gestión del territorio; y la Sub-gerencia de regulación sectorial, además 16 unidades ejecutoras encargada de administrar 12 redes sanitarias, 19 hospitales distritales y provinciales, 2 hospitales de referencia regional y 2 institutos especializados de referencia macro-regional, con un total de 350 centros de salud.

La Sub-gerencia de gestión del cuidado integral es órgano de línea, encargada de implementar, ejecutar y evaluar las políticas y servicios de salud, responsables de conducir, organizar, regular y evaluar la provisión de servicios individuales de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en su entorno familiar y comunal.<sup>27</sup> Para tal efecto tiene unidades funcionales: de ciudad integral individual, de gestión de servicios de salud, y de aseguramiento universal; la primera fue conformado equipos de gestión del cuidado de la salud y nutrición del niño, cuidado de la salud de la mujer, control de las daños transmisibles y control de daños no transmisibles.

En la unidad de gestión de servicios de salud se conformó equipos de: cited de medicamentos e insumos; servicios del I-II-III nivel de atención; organización de servicios públicos-privados; y gestión de servicios médicos de urgencia. La unidad de aseguramiento se conformaron equipos de: gestión de la información, de las prestaciones y del financiamiento. Los equipos son

responsables de gestionar el cuidado en los diferentes niveles de atención determinándose responsables de cuidado integral de salud, de gestión del territorio y del sistema de información en las diferentes estructuras del sistema sanitario: redes, micro-redes y establecimientos de salud.

La Sub-gerencia de promoción de la gestión territorial, es responsable de la implementación, ejecución, y evaluación de las políticas referidas a la gestión de las intervenciones colectivas en su ámbito. Encargada de conducir, intervenir y evaluar el abordajes de los determinantes sociales conjuntamente con los gobiernos locales; gestionar políticas públicas relacionadas con la salud ambiental y ocupacional; promoción de la salud y prevención de riesgos en familia y comunidad.<sup>28</sup>

Se definió tres unidades funcionales: intervenciones en salud colectiva; salud ambiental y ocupacional; y promoción de la gestión territorial: La primera es responsable de proponer, conducir y articular la complementariedad de las políticas públicas orientadas a mantener la salud y promover autonomía para el desarrollo social. La unidad de salud ambiental y ocupacional, responsable de organizar control de riesgos y provisión de servicios del medio ambiente y ocupacional. La unidad de promoción de la gestión territorial, responsable de proponer, conducir y articular políticas y estrategias en materia de educación, participación comunitaria, organización y empoderamiento de la red social.

La Sub-gerencia de regulación sectorial, es responsable de implementar, ejecutar, evaluar y regular el mercado de salud, y de las condiciones ambientales; regular y fiscalizar el mercado de la salud público y privado, respecto a los servicios de salud, medicamentos, bienes y tecnologías. Esta subgerencia se organizó a través de unidades funcionales de regulación en materia de: medicamentos, farmacias y droguerías; servicios de salud, bienes y tecnologías; y salud ambiental y ocupacional.<sup>28</sup>

## **Modelo de Gestión Sanitaria**

En la medida que la Región La Libertad es parte del territorio Peruano, fue necesario articular las diferentes iniciativas nacionales como internacionales que conlleven a potenciar la gestión del modelo de cuidado de la salud.<sup>29,30</sup> Para ello, se definieron cuatro objetivos estratégicos 2008-2014:<sup>29</sup> OEG1. Fortalecer el cuidado integral, universal, de calidad en función a prioridades nacionales y regionales; OEG. 2 Fortalecer la movilización y concertación para la equidad solidaria; OEG 3. Fortalecer la evaluación participativa de los servicios de salud; y OEG 4. Fortalecer el cited y garantizar cobertura en los servicios de salud universales.

Para garantizar resultados sanitarios, se realizó el alineamiento estratégico de los objetivos regionales en concordancia con la política nacional y los objetivos del desarrollo del milenio. Además se determinó que eje de intervención estaba comprometido y que estructura tenía la responsabilidad de gestionarla. El alineamiento estratégico permitió desencadenar una programación articulada por niveles, garantizando el cumplimiento de metas sanitaria de país, de región que en muchos casos tenían los mismos fines.

## Modelo de Financiamiento

La nueva estructura que gestiona el cuidado permite la asignación de recursos financieros logístico y también de recurso humanos necesario para la gestión y prestación del cuidado en la red sanitaria. Respecto al financiamiento en el último quinquenio<sup>31</sup> (2010-2014) se priorizo el cuidado preventivo promocional a través de los Recursos Ordinarios a través del presupuesto por resultados, donaciones y trasferencias a través del financiamiento del seguro universal de salud que paso de 12 millones (2007) a 30 millones (2013); siendo el objetivo fundamental beneficiar la población más vulnerable.<sup>32</sup>

## CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia en la gestión sanitaria producto de una trasferencia de conocimientos conllevó en este caso a mejorar el nivel de análisis crítico respecto a la realidad y a la búsqueda de nuevas oportunidades de modelo de gestión socio-sanitaria siempre y cuando haya involucramiento de actores sociales técnico-político a todo nivel.

Incorporar bases conceptuales del cuidado y desarrollo humano en las políticas públicas es más que necesario, ello permite darle sentido y fin a la política socio-sanitaria, mas es una condición ineludible que esta sea consensuada, participativa si se quiere lograr preservar la vida y la libertad como condición base para el desarrollo.

La experiencia de gestión del cuidado y la autonomía como fines de la política socio-sanitaria, permitió identificar atributos del cuidado: integralidad, calidad y universalidad; además se identificó la necesidad de una estructura que permita responsabilizar su gestión y asegurar oferta de cuidado en todo nivel; y finalmente requiere de un soporte financiero. Sin duda esta experiencia de implementación de política requiere ser evaluada, fortalecida y mejorara, siendo necesario determinar su efectividad, eficacia y valorar el impacto en la salud y desarrollo de la población liberteña para garantizar sostenibilidad e inversión por parte de la clase técnico-política, aún hay mucho por hacer...

## REFERENCIAS

1. Heidegger M. "Ser y tiempo". Santiago de Chile (CHI): Editorial Universitaria; 1998. 205p
2. Santin S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Texto contexto enferm. 1998 Mar; 7(2):111-32. ISSN 0104-0707
3. Heidegger M. O primado ontológico da questão do ser. In: Ser e Tempo. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. 129-158p
4. Diccionario de la real Academia Española [Internet]. 2015 May [cited 2015 May 24]; Available from: <http://www.rae.es/obras-academicas/bcrae>
5. Organización Panamericana de la Salud. Tejada, David. El cuidado integral de la salud. May. 2009: about 12 pantallas. Available from: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/08/El-cuidado-integral-de-la-salu-Dr.-David-Tejada-de-Rivero>
6. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. 12p.
7. Castro ES, Mendes PW, Ferreira MA. A interação no cuidado: uma questão na enfermagem fundamental. Esc Anna Nery. 2005 Jan-Mar [cited 2016 Out 10];9(1):39-45. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300014). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300014>
8. Boff L. Ética e eco-espiritualidade. Campinas (SP): Verus; 2003. 17-18p.
9. Polo Campos FH. Fundamentos para el modelo de cuidado integral, de calidad y universal. [Internet]. 2010 May [cited 2011 Set 24]; 21(4):[51 pantallas]. Available from: <http://es.slideshare.net/Alexis009/fundamentos-de-la-politica-regional-de-salud-la-libertad>
10. Pereira ABF. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. Trabalho, Educação e Saúde, [Internet]. December 12, 2014. [cited 2016 Jun 08]; 13(1):67-88. ISSN 1981-7746. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00024.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>
11. Noddings N. O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. São Leopoldo (RS): Unisinos; 2003. 14p.
12. Polo Campos F. Consultorios de enfermería. Una oportunidad para generar desarrollo humano y local. In: Crescendo [internet], Jul 2016 [cited 2016 Dec 08]; 7(1):134-144. Available from: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/1310/941>. <http://dx.doi.org/10.21895/in.cres.v7i1.1310>. ISSN 2307-5260.
13. Gerencia Regional de Salud (PER), Rebaza H. Lineamientos para una política de salud. Trujillo, La Libertad - Perú: Gobierno Regional, La Libertad; 2008, p 2-5.
14. Barbosa GC; Meneguim S; Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanización y formación de los profesionales de salud: revisión integrativa. Rev. bras. enferm. 2013 [cited 2016 Jun 08]; 66(1):123-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>. ISSN 0034-7167.
15. Organización Mundial de la Salud - OMS. Carta de Otawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986.]. 5p. Available from: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
16. Gramsci A. Cadernos do cárcere. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007. V.3. (1891-1937). 259-289p.
17. Gerencia Regional de Salud (PER). Política Regional de Salud La Libertad. Trujillo, La Libertad - Perú: Gobierno Regional, La Libertad; 2008.2-4p.
18. Freire P. 1921-1997. Educação como prática da liberdade. 36ª ed. rev. atual. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2014, p. 50-54.
19. Ministerio de Salud (PER). Política nacional de calidad en salud: documento técnico (R.M. N° 727-2009/Minsa)/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud - Lima; 2009, p. 3-4.
20. Astudillo A, Mendiñeta C. La rehabilitación y los cuidados paliativos. La Paz, San Sebastián y Astigarraga, Gipuzkoa: Centros de Salud de Bidebieta; [s.d.]. 68-73.
21. Organización Mundial de la Salud - OMS. La Atención Primaria de la Salud. Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra (SUI): Organización Mundial de la Salud. 2008. 37p. Available from: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf) 154 pp. ISBN 9789243563732.
22. Johnston S, Hogel M. A Decade Lost: Primary Healthcare Performance Reporting across Canada under the Action Plan for Health System Renewal. Healthcare Policy = Politiques de Sante [internet]. 2016 May [cited 2016 Dec 08]; 11(4):95-110. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/27232240>. ISSN 2074-3181.
23. Bresick GF, Sayed AR, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care-organization and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). Afr J Prim Health Care Fam Med. 2016 May 19 [cited 2016 Dec 08]; 8(1):e1-e12. Available from: <http://www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1057/html>. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.1057.

24. Organización Mundial de la Salud - OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud moderna 2005 [Internet]. 2009 Abr [cited 2011 Set. 24]; 6p. Available from: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=oms+declaracion+de+bangkok>
25. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Weel C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet*. 2016 Apr [cited 2011 Sep. 24]; 387(10030):1811. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30315-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30315-4.pdf) doi: 10.1016/S0140-6736(16)30315-4.
26. Griffin A. Estructura en el Proceso de cuidado del comportamiento, 1989. In: Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006, p. 16-19
27. Gobierno Regional La Libertad (PER). Ordenanza Regional N° 004-2011-GR-LL/CR, de fecha 23/05/2011. Trujillo, La Libertad - Perú: Gobierno Regional, La Libertad; 2011, p. 4-7.
28. Gobierno Regional La Libertad (PER). Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Regional de Salud La Libertad. Trujillo, La Libertad - Perú: Gobierno Regional, La Libertad; 2011, p. 36-53.
29. Nora CD, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2013 [cited 2015 Jun 08]; 47(6):1186-200. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso&tIng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>
30. Muñoz TH. Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. *Revista Cubana Salud Pública* [internet]. 2013 Oct-Dec [cited 2015 Jun 08]; 36(4). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-3466201000400013&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201000400013&lang=pt). ISSN 0864-3466.
31. Gerencia Regional de Salud (PER). Plan Estratégico sectorial multianual. Trujillo, La Libertad - Perú: Gobierno Regional, La Libertad; 2009, p. 5-11.
32. Urbanos-Garrido R. Inequality in access to health care services. Policy recommendations aimed at achieving equity. *Gac Sanit.* [internet]. 2016 Mar [cited 2016 Dec 08]; 30(Suppl 1): 25-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27004770>. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012. ISSN 1578-1283.