



Editorial

El Modelo de Atención Integral de Salud de Perú y el Proceso de Conversión del Conocimiento

The Peruvian Comprehensive Care Model and the Knowledge Conversion Process

RESUMEN

Miguel A. Suárez-Bustamante,
[Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.*](#)

Introducción: En el año 2003 se formuló el primer documento marco del Modelo de Atención Integral Peruano. En los años sucesivos se experimentó una notable dificultad para la implementación de esta política. El año 2011, a pesar de los importantes pedidos de normatividad complementaria para implementar mejor el modelo, se formuló un nuevo documento marco, que en su contenido nuclear no difiere mucho del primer documento del año 2003.

Objetivos: Reflexionar sobre cómo puede incrementarse la viabilidad de la implementación de una Reforma Sanitaria como el Modelo de Atención Integral Peruano cuando hay una adecuada gestión del conocimiento, que respalda su formulación/ejecución empleando herramientas complementarias como áreas vitrina, entrenamiento en servicio y otros aspectos que favorecen el Proceso de Conversión del Conocimiento.

Temas abordados: Dificultades en la implementación del Modelo de Atención Integral Peruano. Análisis comparativo entre los documentos de política del año 2003 y 2011. Etapas para la conversión entre el conocimiento explícito y tácito, y construcción de la denominada Espiral del conocimiento. Relación entre las propuestas del Proceso de Conversión del Conocimiento y el éxito en la implementación de políticas de Reforma Sanitaria como el Modelo de Atención Integral Peruano.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Reformas de Salud, Atención Integral, Proceso de Conversión del Conocimiento.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011, 5 (1): 1-6

Este artículo está disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación del Autor:

*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú. Universidad San Antonio de Abad, Residencia de Medicina Familiar, Cusco, Perú (Prof. Invitado). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.: Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel Suárez B: miguazuarezb@yahoo.com



ABSTRACT

Introduction: In 2003 was formulated the first framework document of the Peruvian Comprehensive Care Model. In the next years, it was happened serious difficulties to implement this health politics. In 2011, despite to the important claims for complementary norms to help to implement this politics, it was formulated a new framework document, that in his core content it was not very different of his first 2003 version.

Objectives: To reflect about how could be more viable, the implementation of a Health Reform like the Peruvian Comprehensive Care Model, when there are an adequate Knowledge Management. Especially if this management promote complementary tools like pilot areas, service training, and other aspects that reinforce the Knowledge Conversion Process.

Reviewed topics: Peruvian Comprehensive Care Model difficulties of implementing. Comparative Analysis between framework documents of 2003 and 2011. Steps to the Conversion between explicit and tacit Knowledge. Building of the Spiral of Knowledge. Relationship between the Knowledge Conversion Process and the success in the Health Reforms Implementation like the Peruvian Comprehensive Care Model.

Keywords: Primary Health Care, Health Reforms, Comprehensive Care, Knowledge Conversion Process

En la época actual, diversos países vienen desplegando esfuerzos para desarrollar modelos de Reforma Sanitaria en los ámbitos financiero, organizativo y de prestaciones o asistencial, teniendo como eje central a las personas, y bajo un esquema de aseguramiento universal [1-4]. En el Perú de la primera década del milenio, un pilar de dicha reforma fue el desarrollo de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) a la medida de las necesidades de la población, empleando como referente

el Documento Marco aprobado en el año 2003 [5]. Recientemente, con Resolución Ministerial RM464-2011/MINSA del 14 de Junio del 2011, se aprobó un nuevo Documento Marco titulado Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), el cual busca reemplazar al desarrollado en el 2003 [6].

Si bien es cierto que el documento del 2011 trae un conjunto amplio de elementos informativos concernientes a los avances del Ministerio de Salud en una década, y elementos conceptuales múltiples que respaldan sus acciones, cuando nos concentramos específicamente en las pautas relacionadas al desarrollo del nuevo modelo de salud, una mirada sistemática a las normativas del 2003 y 2011, no muestra variaciones substanciales entre ellas. Así, al igual que para el MAIS, el objetivo prioritario del MAIS-BFC era asegurar un conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantizarán la atención a la persona, la familia y la comunidad, satisfaciendo sus necesidades de salud dentro del marco de las políticas del Ministerio de Salud [7,8]. En ese sentido, tanto el MAIS como el MAIS-BFC buscan constituir a la persona y la familia como el centro del modelo de prestaciones o asistencial, resaltando el abordaje por etapas de vida en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, reconociendo a los individuos en su multidimensionalidad como seres biopsicosociales, y priorizando el abordaje de la familia, entendida como una unidad que va más allá de la suma de sus miembros. Igualmente, en ambas normas se enfatiza la búsqueda de la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a los derechos de las personas, así como la continuidad en la atención, favoreciendo una adecuada referencia y contrarreferencia entre servicios y establecimientos. Además, tanto en los Documentos Marco del MAIS como en el del MAIS-BFC se resalta la necesidad de incorporar intensivamente a la comunidad y el entorno, pues encarnan la realidad de las personas, promoviendo la participación y promoción de la ciudadanía, la descentralización y el abordaje intersectorial. Adicionalmente, en ambas normativas se plantean los



mismos cuatro componentes con aproximadamente las mismas características delineadas para la implementación: Provisión, Organización, Gestión y Financiamiento. Además, como puede verse en las figuras 1 y 2, los esquemas centrales que resumen las declaraciones de intenciones de ambos Documentos Marco son prácticamente idénticos, dado que apenas se reemplaza en el del MAIS-BFC los términos “Estrategias Sanitarias Nacionales...” por el de “Determinantes ...” y el de “Programas de Atención Integral...” por “Paquetes...”. Fuera de estas diferencias poco substanciales, dado que el documento del MAIS ligaba las Estrategias Sanitarias Nacionales a los determinantes de salud, y los Programas de Atención Integral a sus respectivos Paquetes, puede establecerse nítidamente que ambos referentes normativos no difieren en mayor medida [5,6].

Por el contrario, en el nuevo MAIS-BFC se omiten elementos críticos que deben aparecer en todo documento marco de un modelo. Al respecto, es importante esclarecer que los documentos marco de modelos de atención representan los mapas básicos para la reingeniería de los principales componentes de un Sistema de Salud bajo reforma, y por ello hay información que no puede dejar de ser abordada para que realmente sirva para poner los cimientos de un nuevo modo de desarrollar la Salud Pública en el país [9]. Ellos equivalen a un plano arquitectónico para la construcción de una nueva edificación, la que metafóricamente representa un revigorado Sistema de Salud. En consecuencia, todo documento marco de un modelo debe concentrarse en:

-Delinear cuales son las necesidades de salud de su población, en el momento y para los escenarios en los que el modelo será formulado. (¿Para qué se genera el modelo?)

-Proponer la reorganización del Sistema de Salud y sus intervenciones, definiendo que componentes, servicios, programas y demás que deberán desarrollarse, y explicitando bajo que orientación, se cubrirán las necesidades de salud previamente definidas (¿Cuál es el modelo?)

-Esclarecer que actores, considerando el contexto vigente del sector y la sociedad en general, harán posible desarrollar las acciones propuestas (¿Quién ejecutará el modelo?).

Siguiendo con el símil arquitectónico, debemos apreciar que así como para levantar toda edificación, el plano original debe acompañarse de un “expediente técnico”, el cual define el desarrollo de la construcción, los materiales, y otros aspectos relevantes, igualmente el Documento Marco de cualquier modelo de atención

requerirá un conjunto de manuales posteriores y guías específicos, para explicitarlo operativamente.

En este sentido, el documento del 2011, no define con detalle cuales serán las intervenciones sanitarias que constituirán el andamiaje estructural del nuevo sistema de salud al que se aspira [6] y tampoco especifica la oferta pública que se establecerá para responder a las necesidades de las personas. Esta última si se explicitaba en el Documento Marco del MAIS con el nombre de Cuidados Esenciales, y en una adaptación posterior de la Seguridad Social Peruana (ESSALUD), denominada cartera de servicios para la atención primaria de la seguridad social [10]. Adicionalmente, el nuevo MAIS-BFC tampoco venía con un “expediente técnico”, como el que sí fue plasmado para el MAIS en su momento [11], aun cuando debe explicitarse que en este caso, dicha normatividad complementaria fue insuficiente en cuanto a las diversas guías, instrucciones específicas, instrumentos detallados y manuales que deberían acompañarlos, o no contó con el necesario detalle explicativo [12].

Ahora bien, aunque se reconoce que ha sido muy pobre el avance en la implementación del MAIS desde su promulgación original [12], es bastante evidente que emitir un documento marco con tan pocas modificaciones, tendría un margen menor de impacto potencial para ayudar a la implementación de un modelo. La pregunta es: ¿Qué explica que en víspera de concluir una gestión gubernamental, se apruebe un nuevo Documento Marco para el MAIS que en esencia no añade modificaciones fundamentales sobre el texto anterior, en vez de profundizar en la normatividad complementaria que ayudaría a este fin?

Nosotros encontramos la explicación a esta interrogante, en la insuficiente valoración del denominado Proceso de Conversión del Conocimiento, desarrollado a fines del siglo pasado por Nonaka y Takeuchi [13]. Si bien esta teoría se define en el marco de la generación de conocimiento tecnológico para industrias de punta, esta puede adaptarse bien a la implementación de la Reforma Sanitaria que nos convoca,



dado que las normas son en esencia conocimiento institucional que debe ser recepcionado, asimilado, adaptado y aplicado, por cada uno de sus miembros. Simplificando, diremos que el Proceso de Conversión del Conocimiento propone una complementariedad fundamental entre el Conocimiento Explicito, expresado mediante elementos institucionales como normas o directrices, y el Conocimiento Tácito, consolidado en la propia práctica a través de la ejecución de lo normado y reflexión sobre la acción realizada. Cuando en la transición entre el conocimiento explícito y tácito, estos se retroalimentan entre sí, establecen un círculo virtuoso denominado “Espirale del Conocimiento”. Este proceso es denominado “Espirale” y no “Ciclo”, porque en la repetición iterativa de etapas entre un tipo de conocimiento y otro, no sólo transmiten o perfeccionan el elemento normativo procedimental desarrollado, sino que permiten su enriquecimiento por el sistema, alcanzando una calidad y detalles más refinados y de mayor profundidad [14].

A nuestro entender, muchas de las dificultades para la implementación de normas o directrices, como la del MAIS, reside en las múltiples restricciones presentes en las instituciones gubernamentales, que impiden desarrollar lo que Nonaka denominaba “Ba”: Contexto compartido donde el conocimiento es creado, distribuido y utilizado [15]. Como menciona un autor refiriéndose a escenarios institucionales de este tipo, en muchos entornos, la supremacía de la burocracia estructurante sobre la creatividad flexible —ambos elementos necesarios en toda institución, aunque en términos balanceados— impide una Conversión del Conocimiento espontánea, por lo que se requiere generar un entorno artificial que modifique este tipo de gestión del conocimiento [16]. Cuando estas condiciones no se dan, no opera en la práctica un proceso como el antes propuesto, confiándose en apenas dos etapas para la generación de conocimiento:

-Paso del Conocimiento Tácito a Explicito: Opera cuando el saber-hacer (know-how) práctico se transforma en disposiciones, normas o directrices concretas. Esto se desarrolla por ejemplo

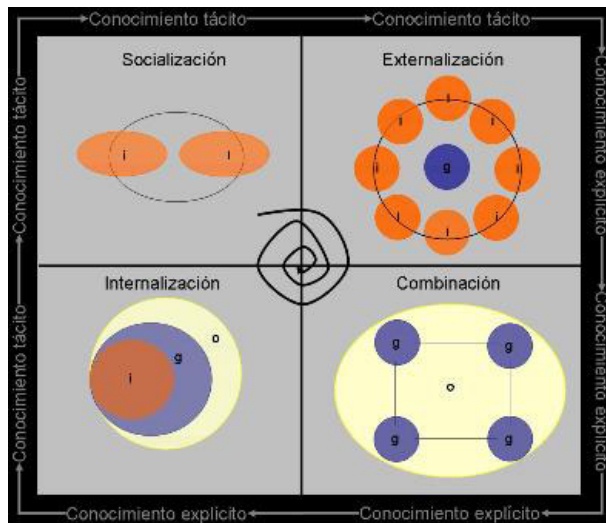
al convocar a representantes regionales para, a partir de una sistematización de su trabajo en diversas realidades, desarrollar conjuntamente la normatización de ciertos procesos que ellos dominan.

-Paso del Conocimiento Explicito a Explicito: Se establece cuando la normatización de procesos previamente desarrollada, se combina con otros conocimientos para formar normas o directrices a transmitirse a los niveles operativos para su aplicación directa. No necesariamente, esta etapa implica un seguimiento a lo normado hasta su implementación, centrándose apenas en garantizar una adecuada recepción de los elementos normativos previamente generados, por la población objetivo.

Para que un enfoque como este funcione, serían necesarias dos circunstancias ideales. Primeramente, evitar distorsiones al transferir el conocimiento tácito al explícito, lo cual es relativamente infrecuente incluso si fuese personal operativo experto en los procesos mismos, quienes decantasen el conocimiento para la norma —algo inusual, pues habitualmente se generan a través de intermediarios representantes de los niveles gerenciales regionales. El segundo requerimiento sería una relativa homogeneidad de realidades, que valide la norma para los diferentes contextos. Siendo difícil alcanzar el contexto ideal que requiere esta vía, no es infrecuente una pobre utilización y limitada efectividad en las directivas generadas. Como respuesta, es común que la única salida visible sea repetir la primera etapa, volviendo a desarrollar la norma, a veces incluso reemplazando la frescura del proceso inicial de recoger el conocimiento tácito de los operadores, por casquetes teorizadores o arreglos políticos que se espera, ayuden a alcanzar mejores logros. A nuestro juicio, algo semejante debe haber ocurrido entre el MAIS y el MAIS-BFC, cuando se repite el proceso de desarrollar la norma marco, antes de continuar profundizando en el desarrollo de conocimiento complementario que ayude significativamente a su implementación.

El abordaje anterior, limitado a sólo dos pasos, contrasta con la secuencia para la conversión del conocimiento propuesta por Nonaka y Takeuchi [13] (Ver figura 1). En dicho esquema puede verse una trayectoria espiral ascendente para el conocimiento generado, que pasa por las siguientes transformaciones:

Figura 1. Proceso de Conversión del Conocimiento y Concepto de espiral del conocimiento propuesto por Nonaka y Takeuchi.



Fuente: Base de datos de Wikipedia. Figura de uso público y uso irrestricto. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Espirale_de_conocimiento.jpg

-Paso del Conocimiento Tácito a Explícito: Esta primera etapa del proceso, rotulada por los autores originales como “Externalización”, la adaptaríamos como la normalización de procesos en base al trabajo previo realizado. Aquí, quienes desarrollan la ejecución práctica —niveles operativos— funcionan como “expertos”, que empleando un lenguaje escrito y gráfico alimentarán con su experiencia y claridad acumulada, documentos que generalicen los procesos, llevándolos hacia otros equipos que nos los desarrollan cotidianamente.

Paso del Conocimiento

-Paso del Conocimiento Explícito a Explícito: Es la etapa en la cual se combinan diversos contenidos de materiales escritos, ya sean directrices generadas en procesos anteriores, o modelos teóricos o evidencia complementaria, para constituirse en una normatividad definida. Esto que los autores originales denominan “Combinación”, puede también referirse a publicaciones complementarias más detalladas, que al constituir un agregado de disposiciones, se comportan como el “expediente técnico” de una norma marco, al cual nos referíamos previamente.

-Paso del Conocimiento Explícito a Tácito: Cuando las normas o directrices son ejecutadas, la validación práctica decurrente, genera un subsecuente Conocimiento Tácito y Explícito que en la formulación original del enfoque fue denominada “Internalización”. Esta etapa del proceso, no sólo favorece una efectiva asimilación del conocimiento institucional por sus miembros individuales, sino que, al ser confrontados con la práctica, permite actualizar sus conocimientos y marcos teóricos, haciéndolos

más adecuados a la realidad.

-Paso del Conocimiento Tácito a Tácito: Aprendizaje rutinario que ocurre a través de la experiencia misma ejecutando los procesos normalizados, y que opera en esta etapa denominada “Socialización” en la formulación original del enfoque. Así, por efecto de la asimilación individual de quienes aprendieron los procesos en cuanto los ejecutaban, es posible conseguir un desempeño adecuado en los procesos normalizados, incluso cuando nunca hubiesen tomado contacto con las normas o directrices, sino indirectamente.

-Paso del Conocimiento Tácito a Explícito: Iterativamente, cuando se ha alcanzado un nuevo conocimiento tácito sobre lo que debe hacerse, el cual cosechado en la práctica, el proceso puede influenciar nuevas normatizaciones a su vez explicitarán con mayor precisión, los procedimientos a implementarse. De este modo se completa el ciclo que al ir generando mayor valor, conducirá a la Espiral del Conocimiento, ya descrita.

De este modo, puede apreciarse que dentro del Proceso de Conversión del Conocimiento, tanto el conocimiento explícito como el tácito, interactúan entre sí y con la realidad varias veces, en una confrontación iterativa que conducirá a normas y directrices cada vez más sólidas y adecuadas a la realidad. Además, al ver la aplicación de una normatividad como generación de conocimiento, ampliamos los posibles abordajes para lograr su implementación —consiguiendo que el conocimiento impregne el sistema—, y que vaya más allá de lo inmediato hacia una construcción de la sostenibilidad en la implementación y expansión de lo normado [17].

Aplicando el enfoque al proceso de desarrollo normativo, veremos que ello implicaría insistir en que todas las normas con sus posteriores guías, directrices, manuales e instrumentos y con sus respectivos instructivos sean idealmente basadas en un real conocimiento operativo de la realidad —Paso del conocimiento tácito a explícito— buscando idealmente su enriquecimiento progresivo a través de un adecuado sustento teórico, y



respetando las líneas de aprendizaje de las experiencias vigentes. Además, en esta concepción, tan importante como generar la directriz, es impulsar que efectivamente se aplique a grande o pequeña escala, siendo importante será desarrollar entornos protegidos para lograr experiencias demostrativas, sedes piloto o áreas vitrina como las que se vienen desarrollando con limitado apoyo y desde hace algunos años en Perú [18-20] en las cuales se pueda apreciar en la práctica lo que la normatividad propone —Paso del conocimiento explícito a tácito. El establecimiento de dichas sedes, sumadas a experiencias de “entrenamiento en servicio” a través de rotaciones o pasantías, con una directa exposición del personal a capacitarse en los contenidos, las habilidades y los valores que las normas promueven ejecutar —Paso del conocimiento tácito a tácito— ayudaran a favorecer la concreción de las directivas en acción, y en consecuencia asegurar una adecuada transición entre la norma

general y un robusto detalle técnico producto del aprendizaje a través de su aplicación. Finalmente, será valioso contar con espacios de permanente reflexión y evaluación sobre la aplicación de la normatividad generada, dando facilidades para una adecuada cooperación entre las regiones en las cuales se vienen desarrollando dichos procesos, y así alcanzando una secuencia normativa potente, la cual se ramifica y amplía con la llegada de nueva información procedente de diversas fuentes —Paso del conocimiento explícito a explícito.

En conclusión, a partir de estas reflexiones nos queda claro que cuando en la implantación de un nuevo modelo de atención existen dificultades para su aplicación, como lo ha habido en el desarrollo del MAIS peruano que inspira este editorial, la respuesta no necesariamente pasa por generar otro Documento Marco sino por explotar las etapas en el Proceso de Conversión del Conocimiento previamente descritas. Esperemos que en sucesivas gestiones gubernamentales, esta responsabilidad no siga siendo postergada.

REFERENCIAS

- (1) Larizgoitia I. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997; 41 : 121-37.
- (2) Martín-Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. *Atención Primaria*. 1997; 19 : 105-7.
- (3) Martín-Zurro A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*. 2000; 25 : 48-58.
- (4) WHO. *The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (5) Perú Ministerio de Salud. *El modelo de atención integral*. Lima: MINSA; 2003.
- (6) Perú Ministerio de Salud. *Modelo de atención integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Lima: MINSA; 2011.
- (7) Delgado-Arroyo RM, Delgado-Espinoza. El médico familiar, clave de la sostenibilidad de la Atención Integral de salud en el Perú. *RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam*. 2006; 1 (2): 122-32.
- (8) Perú Ministerio de Salud. *Modelo de atención integral en salud permite encaminar reforma del sistema de salud*. 2011. citado en: 15 agosto 2011. Disponible en: <http://www.connuestroperu.com/ciencia-y-tecnologia/salud/37-ciencia-y-salud/18668-modelo-de-atencion-integral-en-salud-permite-encaminar-reforma-del-sistema-de-salud>.
- (9) Castello-Castello J, Arce M, Pinillos-Ashton L, Calderón R. Perspectiva de la Salud Pública en el Perú. *Anales de la Academia Nacional de Medicina*. 2005; 2005 : 35-45.
- (10) Goicochea-Ríos E. *Cartera de Servicios de Salud - Perú*. 2010. citado en: 15 Agosto 2011. Disponible en: <http://www.sli-deshare.net/EvelynGoicochea/cartera-de-servicios-salud-per>.
- (11) Perú Ministerio de Salud. *Guía Técnica de Operativización del MAIS*. Lima: MINSA; 2006.
- (12) OPS. *Avances de la Atención Integral de Salud en el Perú. Versión Preliminar de Documento Técnico*. 2008. citado en: 15 Agosto del 2011. Disponible en: bvs.per.paho.org/SCT/SCT2008-002/SCT2008002.pdf.
- (13) Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press; 1995.
- (14) Nonaka I, Teece DJ. *Managing Industrial Knowledge*. London: Sage Publications; 2001.
- (15) Nonaka I, Konno N. The concept of “Ba”. *Building a Foundation for Knowledge Creation. Management Review*. 1998; 40 (8): 40-54.
- (16) Kivijärvi J. *Knowledge Conversion in Organizational Contexts: A Framework and Experiments*. 2004. citado en: 15 Agosto 2011. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.120.1892&rep=rep1&type=pdf>.
- (17) Alfaro G. *La Medicina Familiar y su incidencia en las Reformas de los Sistemas de Salud y la APS*. Bogotá: OPS-Colombia. Observatorio Talento Humano en Salud; 2009. citado en: 15 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/library/documents/DocNewsNo19076DocumentNo11180.PDF>.
- (18) Dirección Regional de Salud La Libertad. *El Modelo de Atención Integral: Propuesta de Paquetes de Atención Integral de Salud Equipo Técnico DISA La Libertad*. La Libertad: Ministerio de Salud; 2004.
- (19) Dirección Regional de Salud Ayacucho. *Trabajo Comunitario en promoción de la salud en el “Modelo de Atención de Salud Ayacucho”*. Ayacucho: Ministerio de Salud; 2003.
- (20) Dirección Regional de Salud Ayacucho. *Modelo de Atención de Salud- Ayacucho*. Ayacucho: MINSA Perú; 2004.